Sc. Chirurgie pratique.

Dr Maurice BERTIER
Ancien externe des Hôpitaux de Lyon
Interne de l'hôpital St-Joseph

De l'Entérectomie

DANS LES

Tumeurs du cœcum

Indications

Manuel opératoire

Résultats

Hommage de l'auteur
Dr M. Bertier
1910

Dr Maurice BERTIER
Ancien externe des Hôpitaux de Lyon
Interne de l'hôpital St-Joseph

De l'Entérectomie

DANS LES

Tumeurs du cœcum

Indications

Manuel opératoire

Résultats

A tous ceux qui m'ont témoigné quelque intérêt depuis le début de mes études, va ma première pensée au commencement de ce travail ; je voudrais, ici, leur exprimer à tous ma reconnaissance.

Ce sont d'abord les Professeurs qui ont accepté la tâche de me guider dans mes études classiques ; puis mes maîtres de la faculté et des hôpitaux et parmi eux surtout MM. les Professeurs agrégés Nové-Josserand et Rollet, chirurgiens des hôpitaux ; M. le Professeur Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille ; M. le Professeur agrégé A. Pollosson, chirurgien-major de la Charité dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe ; M. le Docteur Lyonnet et M. le Professeur agrégé Roque, médecins des hôpitaux qui m'ont toujours témoigné une grande bienveillance, ainsi que M. le Docteur Mollard, médecin des hôpitaux, dont j'ai pu dans de douloureuses circonstances apprécier le dévouement.

Qu'il me soit permis maintenant d'adresser mes remerciements bien sincères à mes chefs de service de l'hôpital Saint-Joseph ; je garderai le plus agréable souvenir du temps passé sous la bienveillante direction de MM. les Docteurs Clément, médecin en chef, et Chabalier, médecin adjoint. Je remercie d'une façon toute particulière MM. les Docteurs Goullioud, chirurgien en chef, et Rafin, chirurgien adjoint, pour leur bonté à mon égard. Je ne puis oublier que chez tous

deux le maître s'est toujours doublé pour moi d'un véritable ami.

Mais c'est à mon père et à ma mère surtout que je voudrais dire mon affectueuse reconnaissance... ma conduite et mes actes le feront, je l'espère, mieux que les mots qui me manquent pour cela.

M. le Professeur Jaboulay veut bien accepter la présidence de ma thèse, je le remercie de cet honneur qu'il me fait.

Mon maître M. le Docteur Goullioud qui m'a proposé le sujet de ce travail m'a éclairé maintes fois de ses conseils ; je n'oublierai pas la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers lui.

INTRODUCTION

Bien que la chirurgie intestinale, en dehors de la hernie et de l'occlusion intestinale aiguë, soit un champ relativement nouveau ouvert à nos recherches, nombreux sont déjà les auteurs qui l'ont exploré. Depuis que l'ère de l'asepsie a rendu la laparotomie relativement bénigne, les interventions sur le tube digestif se sont multipliées. Grâce à elles, maintenant, on possède une connaissance clinique plus complète et des notions anatomo-pathologiques plus exactes sur les affections chirurgicales de l'intestin et en particulier sur les tumeurs de ce viscère. Mais, surtout, on a pu comparer par les différents résultats qu'elles ont donnés la valeur respective des différentes méthodes thérapeutiques employées. Aussi les travaux ne manquent pas sur ces questions et si, après beaucoup d'autres, nous nous proposons d'étudier quelques points de la thérapeutique chirurgicale des tumeurs du cœcum, ce n'est pas que ce chapitre de chirurgie n'ait été écrit déjà. Mais au cours de ces deux dernières années, ayant eu l'occasion dans le service de notre maître, M. le Dr Goullioud, de voir pratiquer un certain nombre d'entérectomies pour tumeurs cœcales, il nous a paru intéressant et peut-être utile de mettre en lumière certains faits cliniques et de présenter quelques résultats thérapeutiques.

Dans ce travail, nous donnerons aux mots : « tumeurs du cœcum » une acception large, non étroitement limitée au cancer. On sait, en effet, combien il est souvent difficile et quelquefois impossible, étant donnée une masse dans la fosse iliaque droite, au niveau du cœcum, d'en déterminer la nature et de dire s'il s'agit de néoplasme, de tuberculose, d'invagination chronique, d'actinomycose, de syphilis, d'hypertrophie simple, etc. On fait le diagnostic d'obstruction chronique par tumeur du cœcum et voilà tout. Cela, du moins, dans un certain nombre de cas. Une thérapeutique chirurgicale identique est d'ailleurs souvent, sinon la plupart du temps, applicable à ces tumeurs quelle qu'en soit la nature.

De même, nous ne limiterons pas d'une façon absolue notre étude aux entérectomies pour masses développées uniquement sur l'ampoule cœcale. Parmi les cas que nous avons observés et qui servent de base à notre travail, il en est dans lesquels les lésions n'étaient pas localisées uniquement au cœcum mais s'étendaient aussi soit à la valvule de Bauhin qui, de par l'anatomie générale, doit être rattachée à l'iléon, soit à l'intestin grêle lui-même au niveau de sa portion terminale. En somme, ce sont « les résections de l'anse iléo-cœcale pour tumeurs de ce segment d'intestin » qui vont faire l'objet de ces pages.

HISTORIQUE

Si dans l'antiquité déjà des interventions où il pouvait bien s'agir de tumeurs intestinales furent pratiquées notamment par Praxagoras de Cos et Léonidès d'Alexandrie, cités par Peyrot dans sa thèse d'agrégation, il faut arriver à la fin du siècle dernier pour que l'on commence à s'occuper véritablement de cette question, pour que quelques observations en soient de loin en loin publiées. Littre et Nélaton par l'entérotomie intrapéritonéale, Calissen et Amussat par la colotomie lombaire, font faire un premier pas, bien timide, à vrai dire, et dont les résultats sont encore bien loin de la perfection, à la thérapeutique chirurgicale palliative du principal symptôme des tumeurs intestinales : l'obstruction. Allingham, Bryant, Crampton, et plus récemment en France, Trélat, perfectionnent la méthode sans en changer le principe.

C'est à Lyon, en 1843, qu'aurait été pratiquée avec succès par Reybard la première entérectomie pour cancer du gros intestin. Richerand avait, paraît-il, échoué peu de temps avant dans une opération analogue. Quoi qu'il en soit, en 1874, Desprez prétendait encore que le traitement du cancer de l'intestin serait aussi inefficace que celui du cancer de l'estomac. Et de fait, avant l'ère aseptique, on ne se décidait

à la laparotomie qu'à son corps défendant et lorsqu'il n'était plus possible d'agir d'une autre façon ; encore même préférait-on laisser mourir les malades que de les exposer aux dangers qui devaient résulter pour eux de l'ouverture de la cavité péritonéale. On comprend facilement que dans ces conditions, la chirurgie des tumeurs intestinales et en particulier cœcales fût d'un intérêt à peu près purement spéculatif et par là même peu tentant pour le chirurgien.

Mais, l'ouverture de la période antiseptique met à l'ordre du jour la chirurgie abdominale, aussitôt opérations et publications se succèdent sur les tumeurs intestinales. On ne cite que quelques cas d'entérectomie pour cancer jusqu'en 1879, époque de laquelle date véritablement la résection de l'intestin. Billroth fit la première en 1879, Czerny le suit de près en 1880. Ces premières tentatives d'entérectomies, à vrai dire, ne sont pas toujours heureuses. C'est à Güssenbauer et Martini qu'est dû, en 1880, le premier succès opératoire. C'est aussi de cette même année que date la première résection du cœcum : pratiquée par Kraussold (1) le 21 avril 1879 pour cancer du cœcum compliqué de fistule, le résultat n'était guère encourageant puisque le malade mourait deux heures après l'opération. En 1880 paraissait la thèse d'agrégation de Peyrot (2), monument qui fit époque dans la question. Puis l'élan donné, les interventions deviennent plus fréquentes. Nous ne citons que celles où il s'agit de résection du segment iléo-cœcal : Billroth, Dillner (clinique de Stelzner, hôpital de Dresde), Woelfler, Maydl qui, le premier, enregistra la guérison de son malade (20 août 1882),

(1) *Centralblatt fur Chirurgie*, 1881, t. VIII, p. 184.

(2) De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin, Th. d'agrégat., Paris 1880.

Czerny, Sydney Jones, Trombetta, Whitehead, Bergmann, Hofmolk, Riedel, Kahn, Wassilief, Suchier, Bassini, Sacré, Bouilly, Matlakowsky, Rosenthal, Güssenbaüer, Senn, Koenig, Roux, Mac Cormac, Davis Colley, Péan, Broca, Sachs, Zahlmann, Boiffin, Franck, Doyen, Lawston, Gilfort, Hartmann, Richelot, Théophile Anger.

Les principaux travaux qui paraissent sur cette question sont dus à des Allemands.

Suchier : Beitrag zür operativen Behandlung cœcum Tumorens (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1899, p. 617).

Matlakowsky : Ueber Resection des blinddarmes bei carcinomatoeser und narbiger Stenose (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1892, t. XXXIII, p. 321).

Salzer : Beitrage zür pathologie und chirurgischen Therapie chronischen cœcum Krankungen (*Arch. für Klinische Chirurgie*, 1892, t. XXXXIII, p. 101).

Czerny : *Beitrage für Klinische Chirurgie*, 1892, p. 661.

Rosenthal : *Wiener medical Presse*, 1892.

En 1893, dans une thèse remarquable de Paris, Baillet mettait au point la question de la résection du segment iléo-cœcal de l'intestin. Il avait pu réunir 90 observations d'entérectomies pour différentes affections chroniques : cancer, tuberculose, invaginations chroniques, fistules, etc... La mortalité de ses statistiques est très grande, mais, comme le fait très judicieusement remarquer l'auteur, c'est que l'intervention fut pendant assez longtemps pratiquée timidement, à cause d'abord des difficultés qui l'accompagnaient, mais aussi pour une autre raison ; à la naissance d'opérations de ce genre, c'est seulement pour les cas graves, pour lesquels ils ont pour ainsi dire la main forcée que les chirurgiens interviennent, ce sont les mauvais cas ;

c'est ce qui nous explique que jusqu'en 1885, la résection de l'anse iléo-colique n'avait été faite que quinze fois et avait donné dix décès. En outre quand paraissait la thèse de Baillet on n'avait pas encore posé d'une façon précise les indications et les contre-indications de l'entérectomie iléo-colique qui avait été ainsi faite dans certains cas où elle était formellement contre-indiquée et qui, d'autres fois, n'avait pas été pratiquée comme elle aurait dû l'être.

Depuis 1893 les résections iléo-cœcales se multiplient. Citons à l'étrager les cas de K. G. Lennander d'Upsal, 1893, du professeur Vassilievf en 1894 et 1895, de Koerte qui a réséqué dix cœcums cancéreux et a écrit une intéressante monographie sur ce sujet (1) de F. M. Caird, d'Edinburgh, en 1895-96-97-99, de W. Tokarenko, de von Bonsdorff, en 1897, de Van der Hoeven, en 1898, de Borélius de Lunden, en 1899, tous pour cancer, cités dans le remarquable travail de de Bovis sur le cancer du gros intestin paru dans la *Revue de chirurgie* de 1900.

La chirurgie française « fort soucieuse de la vie de ses malades » comme le disait Peyrot en 1880, se fit, tant que les opérations qui nous occupent ne purent être pratiquées avec des chances suffisantes de succès, un scrupule d'immoler en victimes sur l'autel de la science des existences humaines dont l'entérectomie n'aurait fait que hâter la mort.

Mais, au cours de ces dernières années, à Paris, à Lyon, à Nancy, à Genève, etc., etc., partout on se met à réséquer les tumeurs du cœcum et ce ne sont presque que des guérisons que l'on enregistre. Dans deux thèses récentes : celle de Carel (Paris 1897) : « Contribution à l'étude de la

(1) Kœrte : *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, nos 5 et 6, 1895,

résection de l'anse iléo-cœcale », et celle de Machard (Genève 1899) : « Extirpation du cœcum », de nouveaux cas sont publiés ; les statistiques sont de plus en plus favorables à l'opération.

Nous puiserons dans ces travaux de nombreux documents. Le docteur Rafin, notre maître, opère et publie dans le *Lyon médical*, en 1897, un cas remarquable. Vautrin, de Nancy, en 1898, résèque l'anse iléo-cœcale pour tumeur syphilitique. Delaunay, en 1898 et en 1899, Bouilly (1) en 1899, Doyen, etc., etc. Nous n'avons pas la prétention de citer tous les opérateurs, bien loin de là, car aujourd'hui il n'est guère de chirurgien qui n'ait eu l'occasion de faire l'ablation d'une tumeur cœcale.

L'an passé, à la quatorzième session du Congrès français de chirurgie à Paris, notre maître, le docteur Goullioud, présentait trois cas récemment opérés ; depuis que nous avons l'honneur d'être son interne nous lui en avons vu opérer plusieurs autres, et c'est sur ses conseils que nous avons entrepris ce travail.

Nous voudrions montrer d'abord, dans l'état actuel de nos connaissances chirurgicales, quelles sont les indications et les contre-indications de l'entérectomie dans les tumeurs du cœcum, quels sont ses avantages sur les autres modes de traitement, quels sont ses inconvénients et ses difficultés.

Nous montrerons ensuite les résultats obtenus au cours de ces dernières années par les différentes méthodes opératoires et nous indiquerons enfin quel est le modus operandi qui nous paraît, dans la généralité des cas, devoir être préférable.

(1) Congrès de Chirurgie, 1899.

CHAPITRE PREMIER

Indications de l'Entérectomie dans les tumeurs du cœcum prises en général

§ I. POSSIBILITÉ DE L'ENTÉRECTOMIE ILÉO-CŒCALE

Les physiologistes et les expérimentateurs ont assigné au cœcum des rôles divers dans la digestion. Pour les uns, grâce à la valvule de Bauhin, ses fonctions seraient surtout mécaniques ; il servirait de régulateur au cours des matières, celles-ci s'accumuleraient à l'intérieur de l'organe et y seraient soumises à deux influences antagonistes : d'une part, celle des fibres circulaires du jéjuno-iléon, d'autre part, celle des fibres musculaires du gros intestin. La contraction des premières chasse du côté du cœcum le résidu de la digestion en écartant les valves l'une de l'autre ; les secondes, au contraire, produisent en se contractant l'affrontement des mêmes valves et par suite, mettent obstacle au retour des matières. Pour Marcacci, quand une boule fécale suffisante est formée dans le cœcum, celui-ci par des mouvements péristaltiques très vifs l'expulse dans le côlon ; c'est du moins ce qui résulterait des expériences faites par cet auteur en introduisant une balle de plomb dans le cœcum d'un cheval.

Pour d'autres auteurs, Paladino, Mac Gélavry, le cœcum aurait un rôle surtout digestif : il serait le siége d'une véritable sécrétion. Chez les herbivores, quelques-uns l'ont assimilé à un deuxième estomac.

Marcacci en fait un organe d'absorption. On peut l'enlever, dit-il, sans tuer les animaux, mais alors le remplacer par une ingestion plus considérable d'aliments.

Quoi qu'il en soit du rôle physiologique qu'on puisse lui assigner, il est manifeste, en somme, que l'anse iléo-cœcale est loin d'être indispensable à l'existence ; son ablation complète ou sa simple suppression fonctionnelle par anastomose iléo-colique n'apportent à peu près pas de troubles à la digestion ; Doyen, qui a pratiqué souvent ces opérations, dit avoir observé seulement chez ses opérés une diarrhée de plusieurs mois (1), au bout desquels les selles ont repris leur consistance normale. Cet auteur pense même que l'on pourrait améliorer ainsi les cas de constipation rebelles à tout traitement médical.

Si donc la supression du cœcum n'entraîne aucun trouble, il semble, théoriquement au moins, tout à fait rationnel d'en faire la résection toutes les fois qu'on le trouvera porteur d'une tumeur n'ayant pas de tendances à la guérison spontanée, mettant par sa situation ou par son volume une entrave à la circulation du contenu intestinal, et enfin, par son développement progressif et son évolution, menaçant l'existence du malade. Et cette résection semble d'autant plus indiquée que s'y prête mieux l'organe sur lequel elle doit porter : quel est, en effet, le viscère plus mobile, plus pédiculé en quelque sorte, que l'intestin ? Quel est celui

(1) Congrès de Chirurgie. Paris 1899, séance du 20 octobre.

où l'hémostase, l'ablation une fois faite, est plus facile ? Quel est celui, enfin, dont on puisse à son gré et sans inconvénient supprimer une étendue plus considérable, puisqu'on cite des résections intestinales de plusieurs mètres qui ont donné d'excellents résultats (1) ?

Ajoutons à cela le fait de la situation superficielle du cœcum qui, dès l'ouverture de la paroi abdominale, vient se présenter à la main du chirurgien et la disposition à son niveau du péritoine qui rarement le fixe par un méso ou par application directe à la paroi abdominale postérieure, mais l'entoure au contraire, le plus souvent, d'une façon complète, lui laissant une très grande mobilité dans la fosse iliaque.

L'anse iléo-cœcale est donc, au moins au point de vue théorique, essentiellement « réséquable ». On a bien objecté à ce fait la difficulté de rétablir ensuite la continuité du tube digestif entre deux bouts d'intestin de calibres très différents. Nous verrons en étudiant le manuel opératoire que cette difficulté n'existe pas.

§ II. AVANTAGES DE L'ENTÉRECTOMIE ILÉO-CŒCALE EN ELLE-MÊME

Possible, et relativement facile même, opératoirement, comme nous venons de le montrer, l'opération radicale, c'est-à-dire l'ablation de l'anse cœcale siège d'une tumeur,

(1) PEAN, Congrès de Chir., Paris 1899, dit avoir abouché l'iléon dans le côlon descendant. En 1880, Kœberlé aurait réséqué 2 mètres 05 d'intestin grêle et le malade guérit. Th. de Patel, Lyon 1901.

RUGGI, *Il Policlinico*, 1896 ; résection de 3 mètres d'intestin.

présente encore, théoriquement au moins, de multiples avantages.

Elle permet de rétablir le cours des matières, elle soustrait d'une façon complète à l'organisme un foyer d'infection, qui, non seulement, a une tendance envahissante locale, mais encore sécrète des toxines qui, répandues par le torrent circulatoire, imprègnent tous les tissus. Elle permet d'enlever non seulement la tumeur, mais souvent aussi, et ce n'est pas là un de ses moindres avantages, un plus ou moins grand nombre de ganglions dégénérés contenus dans le mésentère et dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. De cette façon sont, sinon supprimées, du moins diminuées les menaces d'infection à distance : généralisation aux poumons s'il s'agit de bacillose, greffe cancéreuse s'il s'agit de néoplasme et ainsi de suite. On sait que,grâce à l'extirpation des ganglions et d'une quantité plus ou moins grande de tissu cellulaire infiltré, on a pu avoir dans certains cas de tumeurs dont la nature cancéreuse eut le contrôle irréfutable du microscope, une survie considérable.

Il faut enfin faire entrer en ligne de compte dans les avantages de l'entérectomie l'heureux effet moral produit sur le malade qui ne sent plus, au palper de son abdomen, la « grosseur » qui l'avait amené à se confier au bistouri du chirurgien ; la constatation de cette tumeur l'ayant souvent plus effrayé que les phénomènes du côté de l'état général ou du système digestif qui faisaient cortège à la tumeur.

En somme, le cœcum étant loin d'être indispensable à l'existence, il semble, à priori, que toute tumeur développée à son niveau soit justiciable de l'entérectomie suivie de l'entérorraphie. On supprime ainsi les phénomènes d'obstruction, on enlève le mal aussi totalement qu'il est possible,

on agit heureusement sur le moral du patient. Et cette conduite est d'autant plus logique que l'opération est plus simple et plus facile, et présente plus de supériorité sur les autres interventions que l'on a proposées.

§ III. AVANTAGES QUE L'ENTÉRECTOMIE ILÉO-CŒCALE PRÉSENTE SUR LES AUTRES INTERVENTIONS

Le simple établissement d'un *anus artificiel* n'a pour lui que sa bénignité opératoire et sa rapidité d'exécution : il ne fait que supprimer un symptôme, le plus grave de l'affection, c'est vrai, celui qui rend le danger plus pressant, mais outre qu'il laisse persister le mal, il impose au malade une infirmité gênante et malpropre.

L'*entéro-anastomose* évite ce grave inconvénient et a sur l'entérectomie l'avantage, en abrégeant beaucoup l'intervention, d'épargner au malade un important traumatisme. Mais, bien que Senn prétende que l'anse ainsi fonctionnellement supprimée s'atrophie, nous croyons que l'évolution de la tumeur n'est pas, ou n'est que très peu influencée ; cette tumeur continue non seulement à infecter les voies lymphatique et sanguine et à anémier le malade par les hémorragies dont elle est quelquefois le siège, mais encore à verser ses sécrétions dans le tube digestif. On peut en outre avoir des accidents quelquefois graves par accumulation des matières dans le segment où, précisément, on veut empêcher leur passage.

Aux avantages de l'entéro-anastomose, l'*exclusion intestinale* ajoute celui de ne pas permettre l'accumulation des

matières dans l'anse exclue ; mais si les deux bouts de cette anse sont fermés dans le ventre, ce qui, soit dit en passant, allonge pas mal l'opération, les produits de sécrétion de cette cavité close peuvent la distendre jusqu'à éclatement. — Si pour obvier à cette menace on abouche les deux bouts à la peau, on peut agir consécutivement sur la lésion (1), mais, quoique à un degré un peu moindre, l'opération présente alors les inconvénients de l'anus artificiel : écoulement continuel de pus nécessitant le port d'un pansement ou d'un appareil, et persistance de la tumeur qui continue à agir sur l'état général et à se développer localement. — Si, au lieu de les aboucher tous deux, on n'abouche à la peau qu'un seul des deux bouts de l'anse exclue, en plus des objections précédentes, on peut encore faire à cette intervention celle de n'être guère supérieure à l'entéro-anastomose simple, et de risquer en plus de laisser passer par le bout suturé à la peau une certaine quantité de matières fécales.

Quant à l'*exclusion unilatérale* consistant dans la section de l'intestin au-dessus de la lésion, avec occlusion définitive du bout inférieur et implantation du bout supérieur dans le tube digestif au-dessous de la lésion, elle peut rendre des services. « Je verrais comme un procédé rationnel, dit Reichel (*Centr. f. Chir.*, 1894), d'implanter latéralement l'iléon dans le côlon transverse et de ne fermer par invagination que le bout promixal du côlon descendant. La péristaltique dirigée de l'endroit d'invagination vers le rectum n'aurait sûrement pas permis la stase du contenu intestinal dans le cul-de-sac compris entre le point d'invagination

(1) Lavages antiseptiques, applications médicamenteuses, topiques, cautérisations.

et le point d'abouchement de l'iléon dans le côlon transverse. »

« Quatre cas d'exclusion unilatérale, dit Patel, dans sa thèse (1), se rapportent à des néoplasmes du gros intestin ; Jessel, Becker, Jaboulay pour un néoplasme cœcal firent une implantation terminale de l'iléon dans le côlon ascendant ; Borélius l'anastomosa au côlon transverse. Dans les deux premiers cas, exécutés en 1891 et en 1895 les malades moururent de scepticémie ; les malades de Becker et de Jaboulay furent très améliorés. »

M. le professeur Jaboulay pense que l'exclusion unilatérale est une bonne opération qui peut dans certains cas être utile. Nous remarquerons toutefois que, tout en laissant persister la tumeur comme l'entéro-anastomose, elle peut en outre comme celle-ci permettre la stase du contenu intestinal et des produits de sécrétion et de désagrégation de la tumeur dans le cul-de-sac que forme l'anse exclue et, pour n'être guère supérieure à l'anastomose, elle exige l'ouverture de l'intestin, une occlusion en cœcum et une implantation termino-latérale, toutes manœuvres allongeant l'intervention et augmentant les risques d'infection.

En tous cas, quand on pratiquera une exclusion unilatérale pour tumeur du cœcum, il sera bon d'aboucher l'iléon autant que possible dans l'S iliaque ou au moins dans le côlon transverse de façon que les matières ne tombent pas, pour y stagner, dans l'anse exclue formant cul-de-sac, comme cela arriverait si l'on faisait l'abouchement dans le côlon ascendant.

Pour ce qui est de la *simple laparotomie*, proposée par Billon dans sa thèse pour la tuberculose intestinale, et qui

(1) Th. de Patel. Lyon 1902.

a réussi dans certains cas de tumeurs tuberculeuses cœcales comme M. Nové-Josserand en a publié un cas remarquable (1) il ne saurait en être question ni dans les affections autres que la bacillose, ni même dans celle-ci quand il existe des phénomènes d'obstruction.

(1) Nové-Josserand : *Lyon Médical*, 1896, Tuberculose localisée du cœcum traitée par laparatomie.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications spéciales à chaque cas de tumeur iléo-cœcale

---

Jusqu'ici nous avons discuté sur le cas théorique dégagé de toute espèce de complication, sur une idée abstraite en quelque sorte, sur la maladie et nous sommes arrivés à établir l'équation : tumeur du cœcum = entérectomie iléo-colique. Mais il y a loin de la théorie à la pratique et l'on s'exposerait à de continuels mécomptes en appliquant une formule mathématique aux indications d'une intervention chirurgicale. La clinique ne peut se discuter de cette façon, il faut examiner quelle est la situation des malades tous différents les uns des autres et auxquels on ne peut songer à appliquer une thérapeutique identique. C'est dire qu'à tout malade porteur d'une tumeur cœcale ne doit pas être forcément proposée la résection. Un certain nombre de circonstances relatives à la nature de la tumeur, à son extension et à ses complications, à la marche de l'affection, à l'état général et à l'âge du malade, etc., peuvent commander, soit l'abstention, soit une intervention autre que l'entérectomie. Ce sont ces circonstances que nous allons maintenant discuter.

§ I. — Cas dans lesquels on n'a pu établir un diagnosic ferme sur la nature de la tumeur

A part quelques cas typiques, rares en somme, il est difficile de porter, non seulement avant l'ouverture du ventre, mais souvent même avant l'examen histologique, un diagnostic absolument ferme sur la nature de la tumeur (1), on hésitera entre cancer et tuberculose, par exemple. Il existe donc d'abord toute une catégorie de malades chez lesquels ce n'est pas la nature de la tumeur, nature que l'on ignore, mais bien les symptômes cliniques et la marche de l'affection qui imposeront au chirurgien sa ligne de conduite.

S'agit-il d'une tumeur à limites nettes, mobile, peu ou pas adhérente, les symptômes d'obstruction intestinale revêtent-ils une allure chronique progressive, l'état général est-il satisfaisant ou au moins l'examen des différents organes : cœur, poumons, reins, foie, etc., permet-il de croire le malade capable de supporter une anesthésie relativement longue et un shock opératoire important, il n'y a pas d'hésitation possible, l'entérectomie est formellement indiquée. Faite dans ces conditions et suivant le manuel opératoire que nous indiquerons, il est à peu près certain que le résultat sera excellent.

Même avec une tumeur à limites indécises, peu mobile, présentant des adhérences, soit avec les parois de la fosse iliaque, soit même avec des organes voisins, si l'état général

(1) Cas de Bouilly présenté au Congrès de chirurgie en 1889, comme lymphosarcome du cœcum et considéré comme tel jusqu'à ce que l'examen histologique de Pilliet en ait démontré la nature tuberculeuse.

est bon et si l'examen médical des organes ne révèle pas de contre-indications à une narcose un peu prolongée et au traumatisme chirurgical, c'est encore l'entérectomie que l'on devra pratiquer étant donné que l'on ignore la nature du mal, et qu'il peut s'agir de cancer. On a pu, dans certains cas, extirper ainsi la plus grande partie du péritoine pariétal de la fosse iliaque soudé à la tumeur et libérer celle-ci des adhérences intimes contractées avec des viscères.

Le diagnostic de la nature du mal restant toujours incertain, mais contrairement à ce que nous venons de supposer, l'état général ou l'état particulier d'un des organes du sujet rendant dangereuse une opération longue et parfois difficile, on devra se contenter d'une entéro-anastomose sans résection. Une intervention relativement courte aura paré au principal symptôme, l'obstruction, et permis au malade de se remonter pour subir ultérieurement une intervention radicale.

Enfin, dans le cas où l'on se trouve en face de phénomènes aigus d'obstruction, quelle que soit la nature de la tumeur sténosante, tous les auteurs s'accordent à trouver très dangereuse toute intervention autre que l'anus artificiel. « Il y a alors, dit de Bovis, une indication vitale à remplir : le rétablissement de la circulation alvine. Or, en pareille occurrence, toute opération intra-abdominale plus ou moins compliquée (entéro-anastomose, entérectomie), doit être formellement proscrite. Il n'y a donc qu'une seule chose à faire, l'entérostomie, qui donne encore, dans ces conditions, la terrible mortalité de 40 p. 100 environ, laquelle d'ailleurs pourrait bien être abaissée si les médecins n'attendaient généralement le tardif vomissement fécaloïde. »

C'est donc à l'anus artificiel qu'on devra s'en tenir, en

remettant à plus tard l'ablation de la tumeur et le rétablissement du cours normal des matières. Cette ligne de conduite, nous le répétons, est celle que l'on doit adopter dans tous les cas où une tumeur amène de l'occlusion intestinale aiguë. Dans ces cas, en effet, le malade ne présente jamais la résistance nécessaire à une entérectomie, surtout si celle-ci doit être longue, présenter une certaine difficulté et par cela même entraîner un shock important.

En somme, dans tous les cas où le diagnostic est incertain, le chirurgien devra agir comme s'il s'agissait de cancer, c'est-à-dire enlever complètement et largement le mal ; ou, si la chose pour une raison quelconque est impossible, se contenter d'une opération palliative (entéro-anastomose ou anus artificiel), dans le but de remédier à des accidents graves ou pressants mais avec cette idée que ces accidents disparus, il deviendra peut-être possible de s'attaquer au mal lui-même, pour en faire l'extirpation totale ; toute opération autre que cette dernière ne devant être qu'un pis aller imposé par les circonstances.

§ II. — Cas ou le diagnostic de la nature de la lésion a été posé ou au moins supposé

Supposons maintenant qu'il a été possible de porter sur la nature de la maladie un diagnostic certain ou au moins probable, la conduite du chirurgien, là encore, sera variable suivant les cas.

1° *Cancer.* — Si l'on admet cancer, il faut enlever tout le mal : tumeur et ganglions mésentériques, si l'on en trouve ; et plus large sera l'ablation, plus à l'abri ou plus éloigné de la récidive sera le malade.

L'opérateur, rencontrant parfois une lésion très limitée, est tenté de s'en tenir à une résection partielle du cœcum comprenant soit l'appendice, soit un fragment de la paroi. L'appendicectomie seule, s'il s'agit d'un appendice cancéreux non adhérent, peut être acceptée à la rigueur. Mais le cas doit être bien rare : rapidement l'appendice contracte des adhérences de voisinage, en particulier avec l'angle iléo-cœcal. Quant à la résection partielle de la paroi cœcale pour une lésion cancéreuse limitée de celle-ci, elle est absolument à rejeter. « Pas d'opérations parcimonieuses contre le cancer », dit Baillet. Le temps n'est plus où l'on disait : « Faire des opérations d'autant plus étendues, que le mal est plus étendu lui-même. » Mais il est des cas où par le fait, soit de la marche rapidement envahissante des lésions, soit des temporisations du malade, l'abdomen une fois ouvert, le chirurgien voit qu'il est impossible de tout enlever, c'est alors qu'il faudra se contenter d'une intervention restreinte. Toute la préoccupation de l'opérateur devra se borner à obvier aux phénomènes d'obstruction, et cela par l'opération la plus simple possible, puisque le malade est fatalement voué à une mort prochaine.

Pour le cancer, la formule thérapeutique est donc aujourd'hui : « A lésion limitée, opération large ; à lésion étendue, opération restreinte. »

2° *Tuberculose.* — Les anamnestiques de l'affection et l'examen du malade ou mieux la recherche des bacilles de Koch dans les matières ou dans le pus d'une fistule, quelquefois même la laparotomie exploratrice, nous ont-ils, au contraire, permis, avec une vraisemblance suffisamment voisine de la certitude, d'admettre la tuberculose, quelle sera notre conduite ? Ici encore nous devons établir des distinctions.

D'abord, de même que dans les cas précédents, cancer ou diagnostic incertain, de même que dans n'importe quelle espèce de cas, fistule, invagination, inflammation chronique, rétrécissement cicatriciel, nous le répétons une fois pour toutes, dans l'hypothèse tuberculose, les phénomènes aigus d'obstruction intestinale ne sont justiciables que de l'intervention la plus courte et la moins traumatisante possible, qui les puisse faire cesser, à savoir de l'anus artificiel. Une autre intervention pourrait, peut-être, quelquefois être suivie de succès, mais serait une imprudence chirurgicale, une témérité inutile. Il faut remarquer toutefois que dans la tuberculose iléo-cœcale l'occlusion aiguë est chose assez rare.

En outre de la sténose intestinale absolue, les lésions pulmonaires avancées ou importantes, surtout si elles s'accompagnent de fièvre et de phénomènes d'hecticité, au cours des tumeurs bacillaires du cœcum, sont une contre-indication formelle à l'entérectomie. En face de cas semblables, le chirurgien devra se contenter d'assurer la libre circulation du contenu intestinal par entéro-anastomose, avec ou sans exclusion et cela, pour rendre au malade la seule arme défensive qui lui laisse dans la lutte contre son mal une lueur d'espoir : la suralimentation.

Cette entéro-anastomose est presque toujours possible et bien rares sont les cas où l'on en est réduit à se contenter de l'anus artificiel, car les malades atteints de tuberculose iléo-cœcale sont généralement plus jeunes que les cancéreux, moins déprimés et moins cachectiques, mieux que ceux-ci, par conséquent, capables de supporter une intervention telle que l'entéro-anastomose. D'ailleurs le simple anus artificiel ne favoriserait guère, chez un tuberculeux amaigri et dont

l'état général est précaire, cette suralimentation dont nous parlions tout à l'heure.

Quand, au contraire, le chirurgien est mis en face d'un malade à l'état général satisfaisant, sans fièvre, ayant conservé en partie son embonpoint et son appétit, et chez qui il n'existe pas de lésions pulmonaires appréciables, ni de localisation du processus tuberculeux en d'autres régions que le cœcum ; quand, à plus forte raison, le malade porteur d'une tumeur cœcale bacillaire est un de ces tuberculeux que l'on s'étonne, pourrions-nous dire, de voir tuberculeux, un de ces tuberculeux gras et pleins de santé, l'ablation complète de la tumeur et de toutes les parties malades n'est pas discutable : il faut pratiquer l'entérectomie. Et cette conduite est indiquée même s'il existe une fistule pyo-stercorale, dont les sécrétions contiennent des bacilles de Koch, même si l'on trouve des adhérences, parfois telles, qu'il est presque impossible de distinguer le cœcum des anses grêles voisines. Il ne faut pas ici, comme le fait remarquer Baillet et aussi Carel, se laisser arrêter par les adhérences étendues. Leur dissection, en effet, est ordinairement beaucoup plus facile que dans le cancer. Et puis, en somme, en supposant que le chirurgien soit obligé de laisser quelques fragments de tissus suspects, trop adhérents à un canal, à un vaisseau, à un nerf ou à un organe important, pour qu'on puisse dénuder celui-ci sans danger, où serait le mal ? C'est ici le cas de répéter le mot cher à un grand chirurgien : « La tuberculose n'est pas du cancer », le malade n'en guérira pas moins, ou du moins la tumeur ne récidivera pas davantage parce que l'on aura laissé quelques fragments de fongosités ou quelques granulations. Et cela est si vrai que la simple laparotomie évacuatrice de l'ascite avec frottement du péritoine

au moyen d'un tampon de gaze aseptique guérit parfois les péritonites tuberculeuses les plus caractérisées. On a même cité des cas, et ils rentrent tout à fait dans notre sujet où, après laparotomie exploratrice, on s'est trouvé en présence de tumeurs intestinales tuberculeuses dont, pour des raisons quelconques, on n'a pas cru devoir pratiquer l'ablation ; on a refermé le ventre avec ou sans mèche de drainage, quelquefois après avoir simplement saupoudré la tumeur d'iodoforme ou même sans avoir absolument rien fait. Or, dans nombre de ces cas, cette simple laparotomie a suffi pour amener la régression de la tumeur et la guérison du malade. L'observation de M. Nové-Josserand, publiée tout au long dans le *Lyon médical* de 1896, et où il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse cœcale chez un enfant, en est un bel exemple.

En somme, la nature tuberculeuse d'une tumeur cœcale une fois établie : si obstruction aiguë, anus artificiel. S'il n'y a pas d'obstruction ou si les phénomènes d'obstruction sont chroniques, les lésions pulmonaires avancées avec fièvre, sueurs, amaigrissement, une diarrhée rebelle indiquant des lésions intestinales diffuses, l'épuisement du malade par une longue suppuration sont les seules contre-indications de la laparotomie. Dans tous les autres cas, le chirurgien doit ouvrir l'abdomen, explorer la tumeur et, s'il y a une tendance quelconque à la sténose, faire une entéro-anastomose. Cela fait, l'entérectomie sera ou non le complément de l'opération, suivant que l'état général du patient permettra ou non de poursuivre l'intervention, suivant que la tumeur sera ou non isolable. Contrairement à ce qui se passe pour le cancer, le malade peut retirer d'une excision partielle ou même de la simple laparotomie un heureux bénéfice et quelquefois même une guérison complète.

Nous venons de discuter la conduite du chirurgien dans les cas de tumeurs cœcales de nature douteuse, mais que l'on peut craindre maligne et dans ceux où l'on a pu poser d'une façon suffisamment sûre le diagnostic de cancer ou celui de tuberculose. Nous avons embrassé ainsi l'immense majorité des tumeurs cœcales. Nous devons cependant dire aussi quelques mots des indications opératoires fournies par d'autres tumeurs plus rares, à vrai dire, mais que, néanmoins, on peut rencontrer assez fréquemment aussi : hypertrophie simple, syphilis, actinomycose, invagination chronique.

3° *Hypertrophie simple.* — Dans une communication fort intéressante au Congrès de Chirurgie de 1899, Vautrin, de Nancy, fait une étude des rétrécissements et tumeurs inflammatoires de la région iléo-cœcale, qu'il regarde comme consécutifs à des ulcérations ou lésions de nature variable, en dehors du cancer et de la tuberculose : dysenterie, fièvre typhoïde, entérites chroniques (l'entérite bacillaire étant mise à part), corps étrangers, etc.

« Il s'agit là, dit Vautrin, d'un processus de sclérose sous-muqueuse hypertrophique, orificiel, analogue à la linite plastique de Brinton et que l'on a observé au niveau de la valvule de Bauhin aussi bien qu'à l'orifice pylorique. »

Dans un tout récent article (juin 1902), de la *Revue de Chirurgie*, MM. Quénu et Judet confirment l'existence de ces rétrécissements fibreux de l'intestin. Dans les cas qu'ils ont observés, les lésions portaient sur l'intestin grêle, mais ils citent d'autres auteurs qui les ont vues au niveau du cœcum. Demoulin, chez une jeune femme opérée d'urgence pour des accidents d'occlusion intestinale, trouva au niveau du cœcum une saillie indurée, qu'il enleva par résection par-

tielle de la paroi cœcale. L'examen histologique fait par M. Gombaut « montra qu'il s'agissait simplement d'un épaississement inflammatoire comblant la sous-muqueuse ». Dans un autre cas de Gérard-Marchant, un véritable rétrécissement fibreux existait sur la fin de l'iléon, qui traversait pour ainsi dire un canal fibreux, avant d'arriver au cœcum. L'examen histologique de M. Wintrebert montra « les coupes constituées en majeure partie et dans toute l'épaisseur, de faisceaux fibreux entrecroisés au milieu desquels on remarque des faisceaux musculaires épars et disséminés, etc... » et il conclut « en faveur d'une lésion purement conjonctive et d'origine inflammatoire chronique ; cet état scléreux marque le stade définitif d'une lésion irritative, sans qu'on puisse préciser la cause réelle qui a localisé l'irritation à cette partie de l'intestin ». Citons encore un cas de Bouilly, relaté au 13e Congrès de Chirurgie (1899), un cas très intéressant de Schwartz, (Congrès international de 1900), où il s'agissait d'une grosse tumeur du cœcum d'apparence fibromyomateuse et dont l'examen histologique, pratiqué par le professeur Cornil, ne fit rien découvrir de suspect de cancer, ni de tuberculose et fit conclure « à une inflammation de la muqueuse du cœcum, propagée à toutes ses couches et ayant déterminé consécutivement l'hypertrophie de la paroi musculaire ». Nous pourrions multiplier les exemples. Dans tous les cas, les indications de l'entérectomie paraissent bien simples. La tumeur n'ayant de tendance, ni à l'envahissement, ni à la généralisation, ni à la récidive, seuls les troubles mécaniques qu'elle pourra apporter au cours des matières seront une raison suffisante pour intervenir, et le seul but à atteindre de l'intervention sera le rétablissement de ce cours des matières. L'ablation de la tumeur peut

bien être faite, si elle ne présente pas de danger pour le malade ; mais dans le cas où elle devrait faire courir au patient des risques graves, ceux-ci ne seraient pas suffisamment compensés par la suppression du peu d'inconvénients qu'a pour lui la persistance de la tumeur, la circulation intestinale se faisant bien. Néanmoins, en pratique, l'indication de l'entérectomie est formelle pour cette bonne raison que le diagnostic de la nature bénigne du mal ne peut être fait d'une façon ferme que par l'examen histologique.

4° *Syphilis.* — Il est une catégorie de tumeurs iléo-cœcales sur la pathogénie desquelles personne, croyons-nous, n'avait appelé l'attention avant Vautrin. Cet auteur, dans sa communication au Congrès de Chirurgie de 1899, que nous citions il y a un instant, « n'est pas éloigné de croire que la syphilis joue un rôle fort important dans le développement des sténoses et tumeurs du gros intestin et en particulier du cœcum » et il s'étonne que dans les observations qu'il a parcourues, il ne soit même pas fait mention de la syphilis. « On a tort, dit-il, de croire que les manifestations de cette diathèse n'atteignent que le rectum, les hyperplasies scléreuses tertiaires peuvent produire, sur la portion initiale du gros intestin, les lésions que l'on observe si fréquemment à sa terminaison : il y a un syphilome cœcal, comme il existe un syphilome ano-rectal. » Et à l'appui de son dire, Vautrin donne une observation très détaillée de tumeur iléo-cœcale, aussi concluante que possible, sur la nature syphilitique de l'affection.

Toutefois, le même auteur pense que le mélange sur le même individu des deux diathèses, tuberculeuse et syphili-

tique, doit être fréquent et peut provoquer des lésions hybrides scléreuses au niveau du cœcum et de la valvule iléo-cœcale.

En raison de la rareté des cas observés et publiés de tumeurs syphilitiques du cœcum, les indications de thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale ne sont pas établies d'une façon absolue. C'est encore à l'observation de Vautrin que nous emprunterons quelques données à ce sujet.

Le traitement iodo-mercurique, efficace dans les débuts, perdit à la fin sa vertu curative lorsque l'hyperplasie eut atteint un degré de profonde désorganisation. Cette constatation, d'ailleurs, a été faite maintes fois pour les rétrécissements du rectum, pour lesquels, assez fréquemment, on est obligé d'avoir recours à l'intervention chirurgicale. Le diagnostic de la nature syphilitique de la sténose étant établi, le devoir du chirurgien est de poser nettement la question de l'intervention pendant la période d'obstruction chronique. Il est bien certain, en effet, qu'il serait téméraire de tenter une opération radicale en pleine obstruction aiguë. Ce serait, nous l'avons dit déjà à propos des tumeurs néoplasiques et tuberculeuses, courir sûrement au devant d'un échec. Il faut, en ce cas, imiter la conduite de Maydl et créer un anus ; la résection sera ultérieurement tentée.

Quand les phénomènes d'obstruction revêtiront une allure chronique et que le traitement spécifique n'aura pas donné un rapide résultat satisfaisant, là encore, sera indiquée l'intervention chirurgicale : résection iléo-cœcale, si elle est possible, sinon, comme dans les cas précédents, entéro-anastomose ou exclusion unilatérale.

5° *Actinomycose*. — Moins fréquente que le cancer et

la tuberculose, l'actinomycose cependant se localise assez souvent au cœcum ou à l'appendice, et les tumeurs cœcales de nature actinomycosique sont loin d'être une rareté, puisqu'elles constituent au contraire et de beaucoup la localisation abdominale la plus fréquente de la maladie, comme l'ont bien montré MM. Poncet et Bérard. Le diagnostic en est difficile avant l'ouverture spontanée ou chirurgicale et ne peut se faire d'une façon sûre que si l'on a la rare bonne fortune de constater des grains jaunes dans les selles. Nous renvoyons pour cela aux travaux sur la question. Mais le diagnostic une fois établi, que convient-il de faire ? C'est là ce que nous devons nous demander.

Ici encore, le procédé idéal est l'entérectomie et le chirurgien doit l'adopter comme règle générale. Nous ne recommencerons pas l'énumération de ses avantages sur les autres modes de traitement, non plus que celle des contre-indications, fournies ici, comme dans les maladies que nous avons déjà passées en revue, par l'état général du patient et les accidents plus ou moins aigus d'obstruction intestinale. Mais, de même que nous l'avons vu pour le cancer, la tuberculose, etc., les tumeurs actinomycosiques du cœcum ne peuvent malheureusement pas être enlevées toujours d'une façon complète ; l'entérectomie peut n'être pas toujours possible ou elle peut être dangereuse ; c'est lorsque le cœcum est enfoui dans des adhérences de pérityphlite, dans une gangue inflammatoire plus ou moins soudée aux anses intestinales et aux organes voisins ; soudée parfois aussi à la paroi abdominale ; et l'on sait combien fréquemment l'actinomycose revêt cette forme. La présence d'une fistule purulente ou pyostercorale vient encore parfois aggraver le pronostic opératoire. Il faut bien le dire cependant,

cette fistule n'est qu'un obstacle relatif à la résection ; tout dépend de la masse inflammatoire, qui entoure et qui engaine la tumeur.

Dans ces cas, on peut d'abord avoir recours au traitement ioduré, que Thomassen considère comme pierre de touche du diagnostic et remède spécifique. « Mais, disent MM. Poncet et Bérard, il risque de faire confondre avec la syphilis les actinomycoses qu'il guérit, et, d'autre part, il est parfois impuissant comme nous nous en sommes maintes fois rendu compte vis-à-vis de certaines actinomycoses, particulièrement malignes par la résistance plus ou moins grande du champignon ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté. »

L'iodure sera administré suivant les mêmes règles que chez les syphilitiques. Il ne faudra pas toutefois se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament, qui ne sera le plus souvent qu'un adjuvant utile au traitement chirurgical.

Celui-ci, dans le cas où l'on aura dû renoncer, provisoirement au moins, à la résection, consistera dans l'entéro-anastomose qui, permettant une circulation normale du contenu de l'intestin, et isolant, au point de vue fonctionnel au moins, celui-ci de la tumeur, peut faire espérer la possibilité de l'ablation complète de celle-ci dans une intervention ultérieure.

6° *Invagination.* — Nous avons dit, au début de ce travail, que nous donnerions aux mots « tumeurs du cœcum » un sens très large, le sens de grosseur, de masse anormale. C'est à ce titre que nous devons parler de l'invagination qui le plus souvent siège au niveau du cœcum, se traduisant objectivement par une masse dans la fosse iliaque droite.

Toutes les fois qu'en face d'une tumeur de la fosse iliaque droite, le chirurgien a des raisons de penser qu'il s'agit d'une invagination, la laparotomie s'impose et s'impose d'urgence, car compter sur la guérison spontanée par élimination de l'invagination gangrénée, c'est, comme Trèves l'a montré, escompter une terminaison exceptionnelle. Il faut, dit Forgue, opérer tôt et vite : « Dans les premières vingt-quatre heures, le pronostic sera très favorable, déclare en effet Wyett ; le danger d'une terminaison fatale augmente avec chaque heure de plus. »

Une fois arrivé sur la tumeur que forme l'intussuception intestinale, l'opérateur pourra procéder de différentes façons.

Si les accidents ne datent que de quelques heures, la désinvagination est possible et doit être tentée. Swift a réduit avec la plus grande facilité une invagination datant de plus de deux jours ; Howard-Marsh a trouvé l'intestin libre le quatrième jour. Ce dernier auteur, toutefois, estime irréductible une intussusception durant depuis dix-huit heures et a trouvé un intestin adhérent après moins de quinze heures. Dans tous les cas, ce n'est que si l'intestin ne présente pas trace de sphacèle et que si, d'autre part, le détélescopement a pu se faire sans déchirure ni lésion pouvant faire craindre de la nécrobiose ultérieure de l'organe, que l'on pourra se contenter de cette manière de procéder. Ce qu'il ne faut surtout pas faire, et Baillet insiste sur ce point avec deux exemples de mort à l'appui, c'est une désinvagination partielle suivie de la résection de la portion que l'on n'a pu désinvaginer. Les tentatives de réduction, en effet, augmentent le traumatisme et, d'autre part, on suture un intestin de vitalité douteuse.

S'agit-il au contraire, d'une forme chronique, ou au moins d'une invagination irréductible soit par adhérences, soit en raison du sphacèle, la tumeur en totalité, cylindre invaginant et masse invaginée,doit être enlevée : il faut pratiquer l'entérectomie.

Boiffin fait remarquer (1) que « le danger de l'invagination chronique réside moins dans l'obstacle au cours des matières qui souvent n'existe pas, que dans l'existence d'une lésion grave par elle-même où peuvent se produire des accidents de sphacèle ou de perforation menaçant le patient de deux accidents : l'hémorragie et la péritonite ». Voilà pourquoi, malgré les quelques bons résultats qu'elle peut avoir donnés dans certains cas (Hochenegg, Boiffin, Rutherlead, Morrisson, 60e Congrès de Chirurgie britannique) l'iléocolorraphie doit être rejetée au même titre que l'entérostomie simple. Ajoutons que l'intestin, dans la grande majorité des cas, est mobile, non fixé, disposition qui rend la résection facile.

D'autre part, et cette raison surtout est importante, il arrive souvent que l'invagination est produite par un carcinome de la valvule qu'on ne peut généralement pas diagnostiquer car il est petit. Une opération incomplète risquerait de laisser le malade porteur d'un cancer dans un cas qui,plus qu'aucun autre, pourrait laisser espérer une guérison radicale. Aussi faut-il toujours dans les cas où, par une désinvagination facile, le chirurgien se croira dispensé de pratiquer l'entérectomie, rechercher après réduction le carcinome et si un épaississement de la paroi laissait des doutes, faire une entérotomie exploratrice.

(1) Boiffin de Nantes : *Arch. prov. Chir.* 1892.

Quand la gaine formant le cylindre externe invaginant est saine, quelques-uns (Widenham, Maunsell, Jesset-Barker) pratiquent l'entérorraphie séro-séreuse au niveau du collier, puis font l'ablation du segment invaginé, à travers une incision longitudinale de la gaine, qu'ils referment ensuite par un surjet séro-musculeux. Le faible avantage que présente cette méthode de réséquer un tiers de moins d'intestin ne compense pas, à notre avis, la difficulté plus grande de l'opération et les risques plus grands aussi d'infection péritonéale auxquels on s'expose dans une intervention dont le temps le plus important et le plus long se passe l'intestin étant ouvert.

En résumé, étant donnée une tumeur cœcale produite par un télescopement de l'intestin, tenter, seulement si le mal est récent et si l'organe ne paraît pas altéré, une réduction prudente. Quand elle n'aura pu être faite, c'est la résection qui convient ; elle convient aussi si, la réduction faite, on trouve un carcinôme ou des parois intestinales quelque peu altérées.

Un état de faiblesse grave du malade, si l'entérectomie semble devoir être difficile du fait d'adhérences ou pour quelque autre raison que ce soit, contre-indique seul l'ablation de la tumeur. L'anastomose nous semble alors indiquée. Ce sera une première opération que l'ablation du segment isolé pourra et devra compléter, quand les conditions de résistance du patient seront devenues meilleures. Déjà, en 1894, Baillet pensait que « dans l'avenir, cette méthode prendrait une extension de plus en plus grande, car elle remplace une intervention dangereuse par deux qui le sont beaucoup moins ». Il est vrai que, quand on a fait l'isolement de l'anse cœcale, son atrophie est parfois assez consi-

dérable pour que la deuxième opération complémentaire soit, sinon inutile, tout au moins superflue (obs. IX).

Nous venons de passer en revue les principales affections qui peuvent donner lieu à des tumeurs du cœcum : cancer, tuberculose, inflammation simple, processus cicatriciel, syphilis, actinomycose, invagination, etc., nous avons aussi, au début de ce chapitre, montré qu'il existe de nombreux cas douteux, où le diagnostic de la nature de l'affection ne peut être précisé. Dans tous ces cas, nous nous sommes demandé quelle devait être la conduite du chirurgien et nous avons montré que cette conduite devait varier non seulement avec la nature étiologique du mal, mais encore avec l'état général du sujet, les accidents qu'il présente, l'évolution de la maladie et la période où elle est arrivée.

7° *Tumeurs compliquées d'abcès ou de fistule.* — Pour en avoir fini avec le chapitre des indications et contre-indications de l'entérectomie, il nous reste à faire une petite remarque.

Quelle que soit la nature de la tumeur cœcale à opérer, il arrive assez souvent que celle-ci est compliquée d'un abcès ou d'une fistule pyo-stercorale. Dans ces cas, il est nécessaire, nous avons pu nous en convaincre par des exemples (obs. IV), de faire l'entéro-anastomose loin du foyer septico-purulent, et aussi, croyons-nous, d'opérer en deux temps, c'est-à-dire de ne faire l'entérectomie et l'ablation complète de la fistule que lorsque, les sutures de l'anastomose ayant déterminé une soudure complète de l'intestin, le cours des matières aura été rétabli d'une façon parfaite, tumeur et fistule étant ainsi devenues indépendantes de la lumière du

tube digestif. Les deux interventions seront ainsi espacées de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs mois, mais on ne risquera pas de voir l'intestin se sphacéler, les fils lâcher et la fistule récidiver, plus grave souvent qu'avant l'opération. En effet, au contact d'un foyer purulent, d'un abcès pyo-stercoral, les sutures intestinales de l'anastomose ou les fermetures en cœcum des deux bouts de l'intestin coupé risquent fort de ne pas tenir, et pour avoir voulu hâter de quelques semaines la guérison, le chirurgien voit le malade moins avancé que s'il n'était pas intervenu du tout (obs. IV).

Cela toutefois ne s'applique qu'au cas de foyer vraiment infectieux et pas du tout au cas de fistule simple, tuberculeuse par exemple, que l'on peut extirper en même temps et par la même incision que la tumeur (obs. VI).

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous savons maintenant quelle doit être la conduite du médecin ou du chirurgien mis en présence d'un malade atteint de tumeur du cœcum ; nous avons montré que, s'il est des circonstances qui commandent l'abstention ou une intervention palliative incomplète, dans la majorité des cas, c'est l'opération radicale, l'entérectomie iléo-colique qui s'impose. Nous allons maintenant en étudier le manuel opératoire.

La technique de l'entérectomie est depuis longtemps fixée dans ses grandes lignes, mais il est encore, à propos de chacun des temps de l'opération, des manières de faire un peu différentes. L'expérience de chaque opérateur lui fait apporter dans les détails certaines modifications plus ou moins importantes. Dans une intervention sur l'intestin, plus que dans n'importe quelle autre opération, aucun détail n'est négligeable. Chacun d'eux a sa raison d'être et c'est par la perfection de tous que l'on arrive au bon résultat de l'ensemble.

Nous allons d'abord faire la description de l'opération dans un cas type dénué de complications ; puis, à propos de chaque temps, nous montrerons le pourquoi du modus faciendi que nous proposons et qui est celui que nous avons

vu employer souvent avec plein succès par M. le D[r] Goullioud, notre maître. Enfin nous discuterons les modifications qu'imposent les cas compliqués. Avant que le chirurgien prenne le bistouri, le malade doit subir une certaine préparation.

§ I. — Préparation du malade

Nous passons naturellement sous silence tout ce qui a rapport à l'asepsie, mais il est un point sur lequel nous tenons à appeler l'attention, c'est en quelque sorte la préparation du champ opératoire intestinal. Elle a, nous le croyons, une grande importance. Chez le malade porteur d'une tumeur cœcale, presque toujours sténosante à un degré quelconque, il existe dans l'intestin, en amont de l'obstacle, un encombrement plus ou moins considérable de résidus digestifs, qui n'ont pu franchir le défilé. Il arrive qu'on trouve en ce point, en outre d'amas de matières fécales, les corps étrangers les plus divers : noyaux ou pépins de fruits, corps étrangers avalés par accident ou dans les aliments et que n'ont pas attaqués les sucs digestifs.

Si la cavité intestinale, parfois dilatée en ampoule au-dessus de la tumeur, n'est pas déblayée de cet encombrement avant l'opération, au moment où le chirurgien ouvre le tube digestif soit pour faire l'anastomose, soit pour enlever l'anse qui porte la tumeur, l'issue de ces matières et résidus stagnants peut gêner d'une façon souvent considérable l'opérateur en contaminant les doigts, les instruments et les fils et en empêchant de distinguer les différentes tuniques de l'intestin. Elle peut aussi, si l'on n'a pas eu soin de garnir très soigneusement avec des compresses aseptiques le pourtour

de l'anse sur laquelle on opère, infecter le péritoine. Il est important enfin que, l'opération terminée, pendant les premiers jours ou au moins les premières heures, il y ait aussi peu que possible de résidus alimentaires et surtout de corps étrangers en contact avec les sutures au niveau desquelles pourrait se produire, s'il en était autrement, un point de sphacèle et conséquemment une fistule.

La toilette du segment intestinal sous-jacent à la tumeur n'est pas négligeable non plus ; il est bien évident qu'il est avantageux de débarrasser cette partie des sécrétions plus ou moins toxiques et des débris de la tumeur dont la résorption peut diminuer la résistance du malade au shock opératoire. Et l'on comprend aussi que l'S iliaque et le rectum doivent être vides, afin qu'après l'intervention il n'y ait pas à leur niveau d'obstacle au passage des liquides et surtout des gaz, lesquels, par la pression qu'ils acquièrent, s'ils ne s'échappent facilement par l'anus, peuvent compromettre la solidité des sutures.

Vider l'intestin soit en amont, soit en aval de l'obstacle, voilà donc la principale préparation à faire subir au malade. Et pour cela, pendant plusieurs jours avant l'opération, on prescrira une alimentation à peu près exclusivement liquide : boissons diverses, lait, bouillons maigres, potages très clairs, œufs frais crus ou très peu cuits, etc. Plusieurs lavements débarrasseront le bout inférieur de l'intestin. Quant à l'encombrement au-dessus de l'obstacle, ce n'est pas par les moyens violents qu'il faut chercher à le faire disparaître. Ils sont impuissants et dangereux. Les purgatifs, agissant sur la musculature intestinale ou par hypersécrétion, doivent être proscrits. Ils augmentent en effet d'une façon considérable la tension dans l'ampoule qu'il faudrait vider ; ils appliquent

plus fortement, au risque de produire une perforation, son contenu contre l'infranchissable barrière et peuvent même de cette façon produire un accès d'occlusion aiguë complète, quand il n'existait que de l'obstruction partielle chronique. Depuis longtemps d'ailleurs tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître le danger des purgatifs dans ces circonstances. « Comme les injections forcées dans l'expérience d'O'Beirne, dit Forgue, ils augmentent la stricture de l'intestin sur l'obstacle et épuisent la contractilité intestinale. Même dans le cas d'invagination, la situation en est souvent empirée : Leroy d'Etiolles le soutenait déjà et Rafinesque (1) acceptait aussi que le purgatif, arrivant sur l'invagination, tend comme un bol fécal massif à l'accentuer. »

Douceur et patience réussiront mieux que violence et force pour désencombrer le tube digestif, dans les cas qui nous occupent. C'est aux purgatifs dissolvants, huile de ricin, huile d'olive, donnés à doses laxatives répétées, que l'on devra s'adresser : tous les matins, une à deux cuillerées à café d'huile de ricin bien fraîche ou un verre à Bordeaux d'huile d'olive, et au bout de quelques jours de cette médication, combinée à la diète liquide, la place sera libre. On pourra, si l'on veut, ajouter quelques cachets de naphtol et l'on aura ainsi, non pas réalisé une asepsie intestinale impossible, mais du moins rendu moins septique et déblayé le champ opératoire.

§ II. — Anesthésie

Voilà donc notre malade prêt à être opéré. Il est possible que l'intervention soit longue, la question de l'anesthésie est

(1) Rafinesque : *Les invaginations intestinales chroniques*, thèse de Paris 1878.

pour ce fait d'une grande importance. L'éther, à moins qu'il y ait du côté du poumon une contre-indication importante, est évidemment l'agent que nous choisirons ; toutes les statistiques s'accordent sur ce point : la narcose à l'éther est de beaucoup celle qui présente le moins de dangers. Il n'en est pas moins vrai qu'il ne serait peut-être pas sans inconvénient de garder sous anesthésie complète, quelquefois pendant plus d'une heure, un malade déjà plus ou moins affaibli et ne présentant qu'une résistance relativement faible. Le shock opératoire serait ainsi augmenté dans des proportions assez notables pour que le malade ne puisse en faire les frais sans danger. Aussi pensons-nous qu'il est bon d'agir de la façon suivante :

Le malade est endormi à l'éther pour l'incision de toutes les couches de la paroi abdominale, jusqu'à ce que le chirurgien soit arrivé sur l'intestin, c'est-à-dire pour le premier temps, douloureux, de l'opération. A partir de ce moment et pendant toute la partie intra-abdominale de l'intervention, qui a lieu sur l'intestin ou le péritoine insensibles à la coupure, à la brûlure ou au contact, le patient peut rester presque complètement éveillé et cependant demeurer immobile et ne pas chasser, hors de son ventre par des contractions de sa paroi abdominale,, la masse de son intestin, ce qui gênerait beaucoup l'opérateur. Pour cela, c'est au mélange de Billroth (éther, alcool et chloroforme) que nous nous adresserons. Son effet anesthésique est très rapide ; on l'entretient en versant continuellement et goutte à goutte le mélange sur le masque à chloroforme. Le malade se réveille presque aussitôt que l'on cesse. D'un maniement commode, peu désagréable au malade et d'un effet rapide et passager, sans présenter les dangers du chloroforme pur, cet anesthé-

sique nous permet de réaliser ce que nous appellerons une « anesthésie discontinue », c'est-à-dire de garder le malade éveillé pendant toute la partie intestinale non douloureuse de l'opération. Il est très rapidement calmé par quelques gouttes de mélange, s'il vient à faire des efforts de vomissement ou à s'agiter pour une raison quelconque. L'agitation cessant, on laisse de nouveau le malade s'éveiller et ainsi de suite. L'aide chargé de l'anesthésie arrive, avec un peu d'habitude, à acquérir un doigté qui lui permet, tout en faisant respirer très peu de Billroth, de maintenir le malade dans un état, sinon d'insensibilité, du moins de tranquillité suffisante à l'opération. Celle-ci une fois terminée, le patient est derechef anesthésié complètement pour les sutures. Dans un des cas dont nous donnons l'observation (obs. V), l'opération a duré plus de deux heures en raison de deux entérectomies successives ; et bien que la malade fût, avant l'intervention, dans un état assez grand de faiblesse, elle n'eut, grâce à l'*anesthésie discontinue*, à peu près pas de shock. Pendant une bonne partie de l'opération, elle était complètement éveillée au point de répondre aux questions que lui faisait l'externe chargé de l'anesthésier.

§ III. — Manuel opératoire proprement dit

Nous arrivons maintenant au début de l'opération proprement dite, voici la façon dont procède M. le D[r] Goullioud. C'est d'ailleurs également, à très peu de modifications près, la manière de faire de Roux de Lausanne, de Tuffier, de Monprofit d'Angers, etc.

Incision d'une certaine longueur, 25 à 30 centimètres, au

niveau de la tumeur, incision verticale ou légèrement courbe à concavité interne. Les différentes couches de la paroi sont repérées à mesure qu'on les divise.

Le ventre une fois ouvert, l'anesthésie est suspendue, la masse intestinale est protégée par des compresses aseptiques, dont on garnit le pourtour de la plaie, et le malade est mis en position de Trendelenbürg, pour éviter l'issue des anses. Immédiatement, on porte ses recherches sur le cœcum qui, soit en raison de sa situation habituellement superficielle, soit en raison de la tumeur qu'il présente, ne tarde pas, le plus souvent, à s'offrir à la main du chirurgien.

Quand on a sous les yeux toute l'anse iléo-colique et que l'on a rentré dans le ventre tout ce qui a pu sortir de la masse intestinale, on remet le malade en position horizontale, on protège avec des compresses aseptiques la cavité péritonéale dont on ne laisse émerger, entourée de gaze, que la portion d'intestin sur laquelle va porter l'intervention ; on se rend bien compte enfin par l'inspection et la palpation des limites du mal. Cela fait, on saisit d'une part au-dessus de la lésion une des dernières anses grêles saines (1) et, d'autre part, en aval de la tumeur, une portion indemne du côlon ascendant ou même transverse. C'est là, entre ces deux segments que l'on va, comme premier temps de l'opération, établir une anastomose.

Sur chacun d'eux, préalablement vidé de son contenu par compression entre les doigts, on place, parallèlement à l'axe du tube digestif, une pince de Doyen, qui isole du reste de la cavité intestinale le point que l'on va ouvrir et suturer

(1) On peut considérer comme telle une anse atteinte seulement de lésions mécaniques; dilatation et hypertrophie des parois. Nous verrons plus loin que ce n'est pas l'avis de tous.

et qui fait en même temps hémostase. Les deux pinces sont rapprochées l'une de l'autre et maintenues parallèlement et au contact par un aide. Tout leur pourtour est garni de gaze, entre chacune d'elles, au-dessous de leur point de contact, on glisse un tampon monté.

Un premier surjet séro-séreux, d'une longueur de 6 à 7 centimètres réunit les deux segments intestinaux, maintenus en contact par les pinces. Ce surjet terminé et arrêté par un double nœud, on ne coupe pas le fil, il servira tout à l'heure à faire dans l'autre sens le surjet séro-séreux de l'ellipse opposée de l'orifice anastomotique.

De chaque côté de ce surjet, parallèlement à lui, à 3 ou 4 millimètres, on incise toutes les couches intestinales, sauf la muqueuse, sur une longueur inférieure à celle du surjet de 3 ou 4 millimètres à chaque extrémité.

Par un deuxième surjet séro-musculaire, on réunit les deux lèvres internes de ces incisions. Alors seulement, on ouvre l'intestin en divisant la muqueuse qui fait hernie au niveau des deux incisions séro-musculaires de tout à l'heure. Un aide éponge constamment, avec des tampons aseptiques jetés à mesure, le liquide intestinal qui vient sourdre au niveau de la plaie, liquide qui est en très petite quantité d'ailleurs, les pinces de Doyen qui fixent l'intestin empêchant l'issue de son contenu.

Les deux lèvres internes des muqueuses sont unies l'une à l'autre par un troisième surjet.

Pour chacun de ces trois surjets, le fil arrêté à l'extrémité n'est pas coupé, mais sert à faire le surjet similaire de retour sur l'ellipse opposée de l'orifice anastomotique : d'abord surjet muco-muqueux des deux lèvres externes des muqueuses. Ce surjet fait, l'intestin se trouve refermé ; on

desserre alors les pinces de Doyen et on achève l'anastomose par les deux surjets successifs superposés musculo-séreux et séro-séreux.

Nous avons ainsi une anastomose elliptique entre deux anses placées en canons de fusil et dont chacune des deux ellipses se compose de trois surjets superposés. Pour le dernier séro-séreux surtout, il faut faire avec un soin tout particulier les deux extrémités, de telle façon qu'il n'existe pas la moindre fissure par où puisse sourdre le contenu intestinal. Cette anastomose à trois plans avec un peu d'habitude demande environ douze à quinze minutes et est une garantie parfaite d'étanchéité. Tous ces surjets sont faits à la soie fine, au moyen d'aiguilles droites ordinaires de couturière.

Le cours des matières étant maintenant rétabli, l'indication urgente est remplie : on a remédié aux phénomènes d'obstruction. Si le malade est en trop mauvais état, ou bien si l'on voit que l'extirpation de la tumeur présente par trop de difficultés ou soit inutile, on peut s'en tenir là et refermer le ventre. Si, au contraire, l'entérectomie est indiquée et possible, c'est maintenant seulement que nous allons la faire.

A deux ou trois centimètres de l'anastomose nous plaçons sur chacune des extrémités de l'anse à enlever et perpendiculairement à son axe deux longues pinces de Kocher entre lesquelles nous coupons le tube digestif aux ciseaux. Les deux moignons intestinaux, que forme en dehors des pinces de Kocher l'anse à enlever, sont thermo-cautérisés, de façon qu'ils ne risquent pas, au cours des manœuvres qui vont suivre, d'infecter le péritoine. Quant aux deux moignons attenant aux anses anastomosées, ils sont fermés en cœcum par trois surjets superposés à la soie, absolument comme les surjets de l'anastomose.

Il faut maintenant pratiquer l'ablation du segment d'intestin portant la tumeur et avec lui enlever le triangle de mésentère qui lui est attenant et qui contient souvent des ganglions malades. Cette section du mésentère est faite aux ciseaux au-dessus de pinces hémostatiques ou longuettes progressivement étagées. Chaque pince est ensuite remplacée par une ligature au Repin, avec ou sans transfixion, suivant le volume du pédicule qu'elle forme. On fait même quelquefois quelques-unes de ces ligatures en chaîne avec le même fil lié successivement sur trois ou quatre pinces. On termine enfin parfois surtout si l'excision du mésentère a été vaste, en réunissant par un surjet au Repin fin les deux lèvres de la brèche mésentérique ainsi faite pour éviter la possibilité de la production à son niveau d'un étranglement interne. A noter qu'il faut soigneusement laisser tout le mésentère attenant à l'intestin respecté, lequel ne manquerait pas s'il était privé de son méso, ne fût-ce que sur une faible étendue, de se mortifier.

L'opération est maintenant terminée ; avec quelques tampons montés on fait l'inspection et la toilette du ventre, s'assurant que rien ne saigne, enlevant tous les caillots que l'on rencontre. A la place de la tumeur, on met une mèche de gaze iodoformée de drainage et l'on referme la paroi en trois plans en laissant simplement au milieu de la suture émerger la mèche.

§ IV. — Soins consécutifs

L'entérectomie iléo-cœcale ne demande pas de soins consécutifs qui lui soient spéciaux.

Comme dans toute opération intra-abdominale longue

chez un malade affaibli ou cachectique, surtout si le pouls est petit et rapide, des injections de sérum artificiel sont indiquées à la dose de 500 grammes à deux litres ou deux litres et demi dans les vingt-quatre heures. On aura pu en faire déjà de 600 à 800 grammes pendant l'intervention.

Des piqûres de morphine calment les douleurs, préviennent les vomissements et, immobilisant l'intestin, favorisent autour de la plaie la formation d'adhérences péritonéales bientôt assez solides pour protéger la grande séreuse abdominale contre l'infection.

Pendant deux jours on ne donne que quelques cuillerées de champagne et de Todd, puis on s'en tient aux aliments liquides.

Si, par le fait de parésie intestinale, le malade présente du météorisme et de la difficulté à émettre des gaz par l'anus, une canule rectale, laissée une heure ou deux en place, produit un grand soulagement.

Au quatrième ou cinquième jour, 10 à 15 grammes d'huile de ricin provoquent une selle. A partir de ce jour, alimentation progressive et prudente.

Au dixième jour, on enlève les fils métalliques et l'on change la mèche de drainage, que l'on a soin d'enlever très prudemment, au besoin en la décollant à l'eau oxygénée, si elle est un peu adhérente de peur de déchirer l'intestin et de fare céder les sutures. Cette mèche est ensuite changée et progressivement diminuée de longueur tous les cinq ou six jours jusqu'à la fermeture complète de la plaie qui est réalisée le plus souvent au bout de trois ou quatre semaines.

§ V. — Discussion de certains temps opératoires

Nous allons maintenant discuter le pourquoi de certains temps de l'opération et donner les raisons qui nous font préférer à d'autres la manière de faire que nous conseillons.

1° *Lieu de la laparotomie.* — D'abord pour ce qui est du lieu de la laparotomie, la grande majorité des opérateurs est d'avis de faire l'incision au niveau de la tumeur, et par conséquent, dans la plupart des cas, latéralement. De cette façon, le chirurgien y voit clair et peut manœuvrer à son aise. La reconstitution de la paroi est peut-être un peu plus difficile qu'avec l'incision médiane, mais se fait bien cependant. Souvent néanmoins, on doit s'attendre à un peu d'éventration, soit à cause de la section du muscle grand oblique, soit surtout à cause de la solution de continuité de la suture au niveau de la mèche de drainage qu'il faut, pour cette raison, réduire le plus possible. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur la question du drainage.

La laparotomie médiane donne beaucoup moins de jour et de facilité de manœuvrer.

Quant à ses dimensions, il est nécessaire que l'incision ait une certaine longueur : vingt à trente centimètres, en moyenne, pour pouvoir manœuvrer facilement. D'ailleurs, quelques centimètres de plus de longueur n'ont aucun inconvénient au point de vue de la reconstitution de la paroi et rendent l'opération beaucoup plus aisée.

2° *De l'anastomose préalable et à distance.* — Le deuxième point que nous ayons à discuter est celui de l'anastomose préalable. Beaucoup de chirurgiens procèdent

autrement ; ils font d'abord l'ablation de la tumeur et ce n'est qu'après avoir pratiqué l'entérectomie du segment iléo-cœcal, qu'ils songent à établir, soit par entérorraphie terminale bout à bout, soit par anastomose latérale en canons de fusils, la continuité du tube digestif. M. Goullioud préfère agir d'une autre façon : avant de rien toucher à la portion malade de l'intestin, il commence, au moyen de l'anastomose latérale, par assurer le cours des matières. Il nous semble que cette manière de faire présente quelques avantages.

Le premier, c'est la possibilité d'abréger l'intervention, si, au cours de celle-ci, on en voit la nécessité. L'anastomose est la partie essentielle de l'opération, car, une fois la circulation intestinale rétablie, l'entérectomie devient relativement secondaire, ou au moins n'est pas immédiatement urgente : et si, l'anastomose faite, on juge le malade trop faible pour que l'on puisse sans danger poursuivre l'intervention, on s'en tient à l'anastomose. Le malade peut alors s'alimenter ; au bout de quelques semaines il a repris de l'embonpoint et des forces et avec elles la résistance nécessaire à une nouvelle séance opératoire, dans laquelle l'ablation de la tumeur complètera la guérison (obs. IX).

En deuxième lieu, il est possible, qu'au cours de l'intervention on s'aperçoive que la tumeur est trop étendue ou trop intimément adhérente aux organes voisins pour qu'il soit possible de l'enlever en totalité. Dans ces conditions, si notre premier temps opératoire avait consisté dans la section de l'intestin au dessus et au dessous du mal, nous nous verrions obligés de prolonger les manœuvres chirurgicales, non seulement pour remédier aux phénomènes d'obstruction et assurer le cours des matières, mais encore pour réparer

cette section de l'intestin. Il faudrait pour cela, faire l'exclusion bilatérale de l'anse malade, procédé dont nous avons montré plus haut les graves inconvénients, ou bien, faire deux anastomoses bout à bout entre l'intestin sain et l'intestin malade au niveau des deux sections par lesquelles on aurait commencé l'opération.

Troisième avantage : l'anastomose d'emblée, avant toute exérèse, permet un rapprochement plus facile entre les deux segments intestinaux : on peut ainsi choisir mieux les anses et amener au contact. Si, au contraire, on débute par l'entérectomie, quand il s'agit de rétablir la continuité de l'intestin, il peut se faire que l'on ait des difficultés pour joindre les deux bouts trop éloignés l'un de l'autre, ou bien, au contraire, que, ces bouts étant trop longs, on soit obligé d'en faire plus loin une recoupe, pour que, au point où ils seront suturés l'un à l'autre, il ne se forme pas une poche, un coude du tube digestif, conditions défavorables à une circulation facile des matières et pouvant, au contraire, être le point de départ d'une occlusion aiguë par torsion. Or, faire cette recoupe serait compliquer l'opération, l'allonger et augmenter en multipliant les ouvertures de l'intestin les chances d'infection.

Quatrièmement, en ne touchant que le plus tard possible à la tumeur elle-même, on diminue, si l'affection est de nature infectieuse (cancer, tuberculose, actinomycose, etc.), les risques d'inoculation de voisinage.

Il nous semble également, qu'au point de vue de l'asepsie, l'anastomose au début de l'intervention donne un peu plus de sécurité : l'intestin n'est pas plus tôt ouvert que l'on s'occupe de le fermer, et cela, aussi bien au niveau de l'abouchement latéral des deux anses, qu'au niveau des ter-

minaisons en cul-de-sac des deux segments sains coupés au-dessus et au-dessous de la tumeur. Quant aux deux bouts du segment malade, les moignons qu'ils forment après leur section en dehors des pinces qui les maintiennent fermés sont, aussitôt après cette section, cautérisés au thermo et coiffés de compresses aseptiques fixées avec des pinces. De la sorte, ces moignons ne sont pas, pendant toute la durée de l'ablation de l'anse malade, une menace d'infection.

Enfin, l'anastomose latérale que l'on est obligé d'employer si l'on adopte notre manière de faire et qu'il est plus facile de pratiquer avant la section de l'intestin qu'après, les anses à unir étant, dans le premier cas, plus facilement maintenues en contact, cette anastomose latérale, disons-nous, est supérieure à notre avis à la jonction bout à bout. plus facile à faire d'abord, elle donne en second lieu, il nous le semble du moins, plus de sécurité au point de vue de l'étanchéité et de la solidité des sutures ; enfin, elle permet de n'avoir pas à se préoccuper d'une des principales difficultés de l'abouchement termino-terminal : l'inégalité de calibre entre les deux bouts de l'intestin (1).

Les mêmes raisons qui nous font rejeter la suture bout à bout nous font repousser aussi l'implantation termino-latérale qui, comme la première, a le gros inconvénient de nécessiter la section préalable de l'intestin. On peut lui reprocher également la création d'un véritable cul-de-sac au-

(1) Cette dernière raison, toutefois, est peut-être plus théorique que réelle : la plupart du temps, le calibre de l'iléon au-dessus de la tumeur s'adapte parfaitement au calibre du gros intestin au-dessous de celle-ci. La sténose, en effet, a eu pour résultat de produire au-dessus d'elle une dilatation de l'intestin grêle, qui donne à ce dernier une largeur sensiblement égale, souvent même supérieure à celle du côlon lui-même, parfois plus ou moins atrophié.

dessous de l'anastomose ; et aussi quelquefois un peu d'invagination du bout grêle implanté dans le bout dilaté. Ajoutons que MM. Tuffier, Terrier et Gosset (*Revue de Chirurgie*, 1902, p. 686), ont déclaré préférer l'entéro-anastomose latérale.

Nous devons dire toutefois que notre préférence pour l'anastomose latérale n'a rien d'absolu et dans deux de nos observations (obs. I et II), l'abouchement termino-latéral une fois, l'entérorraphie bout à bout une autre fois ont donné d'excellents résultats.

Faite d'emblée comme premier temps opératoire, l'anastomose doit en outre être faite *à distance* du mal. Au Congrès de Chirurgie de 1901, Monprofit d'Angers insista sur la nécessité qu'il y a de faire l'abouchement intestinal « aussi loin que possible de la tumeur dans un deuxième champ de bataille », dit-il, pour permettre une exérèse très large. Nous en verrons plus loin les raisons à propos de l'ablation de la tumeur.

Il n'est pas nécessaire toutefois de remonter en amont de la tumeur sur l'iléon jusqu'à ce que l'on trouve une anse absolument normale. Nous avons dit plus haut que l'on peut considérer comme saine une anse qui n'est atteinte que de lésions mécaniques, dilatation et hypertrophie des parois. M. Patel conseille au contraire de comprendre dans la résection toute l'étendue d'intestin dilaté et hypertrophié.

« Nous ne partageons, disent MM. Quénu et Judet (*Revue de Chirurgie*, juin 1902), en aucune façon l'avis de M. Patel (*Revue de Chirurgie*, mars 1902) que le segment intestinal épaissi devant être considéré comme malade, il faut *reculer les limites d'une entérectomie bien au-dessus de lui*, sous

prétexte de *faire les sutures en tissu sain.* Les sutures tiennent admirablement sur un intestin dilaté, tout comme elles tiennent sur un estomac dilaté qu'on abouche à l'intestin. » Nous sommes, pour nous, entièrement de l'avis de MM. Quénu et Judet et nous avons vu maintes fois les sutures faites sur une paroi intestinale dilatée et épaissie donner d'excellents résultats ; elles présentent même cet avantage d'être en ce point d'une exécution plus facile que sur l'intestin tout à fait normal.

3° *Sutures ou bouton de Murphy.* — Nous devons discuter maintenant le mode d'abouchement : sutures ou bouton.

Laquelle de ces deux méthodes allons-nous adopter ? (1) La chose est discutable, chacun des deux procédés ayant ses avantages et ses inconvénients, ses défenseurs et ses détracteurs. Le bouton, surtout si l'on emploie le dernier modèle de M. le Professeur Jaboulay, permet de gagner du temps, point important dans une opération abdominale et chez un malade affaibli ; il est facile à placer ; enfin il est applicable à peu près partout; au lieu que dans certains cas, par exemple quand l'intestin est d'une minceur excessive, comme il arrive quelquefois, il est impossible de faire une suture donnant des garanties de solidité suffisantes (obs. III). C'est ainsi que dans celle de nos observations où l'anastomose a été faite au bouton, les parois intestinales au niveau du gros intestin étaient d'une minceur telle que l'appareil, vu

(1) Nons ne parlerons pas des plaques de Senn. « Elles n'ont été, dit de Bovis, employées que trois fois dans les cas que nous avons réunis, c'est trop peu pour en tirer des conclusions. En tous cas le procédé n'est pas très expéditif ; une bonne suture est presque aussi facile, aussi rapide et beaucoup plus sûre. »

par transparence, semblait n'être recouvert que d'une pellicule sur laquelle il eût été absolument impossible de faire tenir une suture quelconque. Cette minceur excessive de l'intestin est donc une indication formelle à l'emploi du bouton. Nombre d'auteurs néanmoins préfèrent les sutures : « Les sutures, disent Quénu et Judet (1), nous ont donné des succès constants dans nos résections intestinales. Aussi, avec Terrier, repoussons-nous l'usage du bouton de Murphy pour lui préférer dans tous les cas une suture d'une bonne exécution. »

« Le bouton de Murphy a la série noire, dit de Bovis, dans l'entéro-anastomose... nous conclurions volontiers que la suture doit être préférée au bouton anastomotique dans l'entéro-anastomose, surtout s'il y a de l'occlusion... » M. Roux, de Lausanne, tout récemment, au 15e Congrès de chirurgie (octobre 1902), disait à propos de la gastro-entérostomie : « J'ai complètement renoncé à l'emploi du bouton de Murphy qui m'a donné le seul cas de mort que j'ai eu sur quarante gastro-entérostomies pour lésions bénignes de l'estomac. » Nous pourrions multiplier les citations. Terrier, Tuffier, Monprofit sont eux aussi pour les sutures contre le bouton.

Pour un chirurgien exercé et qui a l'habitude des sutures intestinales, celles-ci ne prennent pas un temps bien considérable.

Une anastomose latérale à trois plans, nécessitant par conséquent six surjets, demande douze à quinze minutes. Il est vrai qu'il faut ensuite fermer en cœcum et par trois plans également les deux bouts de l'intestin sectionné, soit

(1) *Revue de Chirurgie*, juin, 1902.

douze minutes encore. En moins d'une demi-heure par conséquent, tout est fait. Cela n'a rien de bien exagéré, s'il ne s'agit pas d'un malade en état d'occlusion aiguë (1) et si l'on use de *l'anesthésie discontinue* comme nous l'avons indiqué plus haut.

Les sutures donnent, une fois faites, la sensation d'une grande sécurité, soit au point de vue de l'étanchéité, soit au point de vue de la rapidité de la réparation intestinale. Avec elles, il semble que l'on risque moins de voir se produire un point de nécrose et par suite une fistule ; on n'a pas, non plus, à craindre l'obstruction du bouton, et, quand celui-ci est devenu libre dans la lumière intestinale, l'obstruction de l'intestin par le bouton. Ces inconvénients de l'appareil de Murphy ne sont pas de simples vues théoriques. Dans la statistique de de Bovis à propos de l'entéro-anastomose « sur quatorze cas où le bouton anastomotique a été employé, il y eut quatre morts, dont trois sont imputables à la méthode; il s'agissait une fois de nécrose de l'intestin et deux fois d'obstruction du bouton. En plus de ces quatre accidents mortels, il y eut trois cas où le bouton ne fut pas expulsé ; dans l'un d'eux où il s'agissait d'une anastomose entre l'iléon et le côlon transverse, le bouton s'en vint dans le cœcum et amena des douleurs ; il y fut découvert par la radiographie ; on fit alors une entérectomie dont le malade mourut. »

Trouvant dans sa statistique à propos de l'entérectomie une léthalité imputable à la méthode de réunion de 19,8 p. 100 avec les sutures, de 23,8 p. 100 avec le bouton, de Bovis conclut que « les deux procédés se valent à peu près

(1) Cas dans lequel, avons-nous dit, il faut toujours se contenter de l'anus artificiel.

en ce qui concerne l'intestin et son cancer ». Nous dirons, quant à nous, qu'il y a ici une question de préférences personnelles, d'aptitudes individuelles et de circonstances qui trancheront la question. Les sutures nous paraissent une méthode moins brillante et moins rapide, mais nous semblent donner plus de sécurité que le bouton.

Nous ne devons pas oublier toutefois qu'ici à Lyon, à peu près tous les chirurgiens, M. le Professeur Jaboulay en particulier, sont nettement « boutonnistes » et qu'entre leurs mains et grâce aux perfectionnements qu'ils ont apportés à l'appareil, le bouton a donné de nombreux et très beaux succès en abrégeant considérablement la longueur de l'opération.

4° *Mode d'occlusion des deux bouts de l'intestin sectionné.* — On a vu plus haut que, comme au niveau de l'anastomose, c'est par trois surjets superposés que sont fermés en cœcum, à deux où trois centimètres de l'orifice anastomotique, les deux bouts de l'intestin. C'est là, croyons-nous, une bonne mesure de prudence, qui, si elle allonge l'opération de quelques minutes, nous donne par contre une sécurité parfaite. Certains opérateurs, Doyen en particulier, abrègent beaucoup leurs opérations, disent-ils, en se servant de pinces, au moyen desquelles ils écrasent les tuniques muqueuse et musculaire (1) ; ils n'ont plus, après, qu'à adosser les séreuses par quelques points ou un surjet. Cette méthode nous semble devoir perdre en sécurité ce qu'elle gagne en rapidité. Une seule fois, M. Goullioud, au moyen de la pince entérotribe, écrasa l'intestin, le lia à ce niveau avec un fil de soie et invagina le moignon par un surjet

(1) Doyen, 13e Cong. de Chir. fr., séance du 20 octobre 1899.

séreux en bourse, absolument comme cela se pratique pour l'appendicectomie : ce fut le seul cas où il eut une fistule et une fistule grave qui n'a pas guéri (obs. IV).

Nous admettons bien qu'ici, comme au niveau de l'entéro-anastomose, deux plans, muco-muqueux et séro-musculaire, suffiraient à la rigueur et que l'on peut, dans certains cas où l'on est pressé, s'en contenter.

C'est d'ailleurs le procédé qu'employaient il y a quelques années MM. Jaboulay et Briau : premier surjet prenant toute l'épaisseur de la paroi, enfoui par un deuxième surjet séro-séreux. Dans deux de nos observations (obs. I et IX), M. Rafin pour la première, M. Bérard pour la seconde doivent un succès à cette manière de faire.

Hartmann se contente aussi de deux plans. Néanmoins, comme M. Roux de Lausanne, M. Goullioud conserve les sutures à trois plans, ce qui n'allonge pas beaucoup et permet de n'avoir pas d'arrière-pensée sur quelques points imparfaits que peut renfermer l'un des surjets.

5° *Extirpation de la tumeur.* — L'ablation de l'anse malade, telle que nous l'avons indiquée plus haut dans le manuel opératoire proprement dit, est un des temps les plus importants de l'opération puisque c'est en somme le temps curateur, ceux qui l'ont précédé n'étant que palliatifs et dirigés contre les phénomènes d'obstruction. Mais pour que l'entérectomie ait vraiment cet effet curateur qu'on en attend, elle doit être très large ; c'est pour cela qu'avec Monprofit et d'autres, nous avons conseillé plus haut l'anastomose à distance de la tumeur. La résection d'un segment étendu d'intestin est utile aussi bien dans la tuberculose que dans le cancer.

Dans ce dernier cas, il faut se tenir loin du mal, d'abord pour éviter la récidive in situ et conséquemment le retour des troubles digestifs et en particulier des phénomènes d'obstruction. Dans deux de nos observations où l'on avait largement réséqué et où l'on a eu quelques mois après de la récidive, il a été remarquable que celle-ci n'a ramené aucun trouble du côté de la digestion (obs. IV et V). On peut aussi, de cette façon, tailler un large lambeau mésentérique et enlever ainsi la plupart des ganglions envahis.

Il ne faut jamais toutefois, sous prétexte d'enlever des ganglions, faire l'excision d'un segment de mésentère plus étendu que le segment d'intestin enlevé, ce qui exposerait à de la nécrobiose de celui-ci (obs. X). « Si donc, la résection mésentérique faite dans les limites qui conviennent, dit Baillet, il reste encore des ganglions, ceux-ci seront enlevés au bistouri ou à la curette ; ou, si l'on veut réséquer cette portion infiltrée du méso, il faudra faire ensuite une nouvelle résection intestinale en rapport exact comme longueur avec la brèche faite dans le mésentère. »

Mais, nous le répétons, la section d'un long segment d'intestin et par suite d'un vaste lambeau de mésentère nous semble, pour enlever les ganglions, bien supérieure à cette excision au bistouri où à la curette.

S'il s'agit au contraire de tuberculose, là encore l'ablation d'une assez longue étendue d'intestin est nécessaire. Dans ce cas, c'est surtout du côté du côlon qu'il faut étendre la limite de l'entérectomie ; il est en effet de notion acquise que c'est en aval du rétrécissement, sur le côlon ascendant par conséquent, que l'on trouve le plus souvent des ulcérations. Le cas était frappant chez plusieurs de nos malades (obs. VII) et ces ulcérations sont quelquefois à une grande

distance ; le fait a été reconnu récemment encore par M. Dieulafoy dans un article de la *Semaine médicale* sur la tuberculose cœcale hypertrophique (octobre 1902).

Dans nos observations la longueur de l'anse enlevée varie entre quinze et quarante centimètres.

6° *Accidents opératoires possibles.* — Dans les grandes exérèses telles que nous les conseillons, il y a trois organes que l'on peut rencontrer et blesser ; ce sont le duodénum, la veine cave inférieure et l'uretère. Dans presque toutes les résections iléo-coliques où nous avons aidé M. le Docteur Goullioud, nous l'avons vu pendant le dégagement de la tumeur et des ganglions raser le duodénum sous-jacent, dans sa deuxième portion sous-péritonéale. Une fois même, cet organe reçut une légère blessure (obs. VI) qui fut d'ailleurs réparée séance tenante par deux surjets superposés à la soie fine et guérit très bien. — L'uretère, descendant dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, doit aussi préoccuper le chirurgien au moment de la résection du mésentère. Il faut être sur ses gardes et ne couper le méso qu'à petits coups après s'être bien assuré que la pince au-dessous de laquelle va porter le coup de ciseaux ne tient pas le canal entre ses mors. Il faut se méfier des cas où l'uretère pourrait adhérer à la face profonde de la tumeur. — A propos de la veine cave inférieure, on ne la longe pas dans chaque intervention, mais il est des cas (obs. V) où l'on est amené à poursuivre des ganglions accolés à elle comme les ganglions de l'aisselle accolés à la veine axillaire dans le curage de l'aisselle.

7° *Du drainage.* — Un mot maintenant sur la question du drainage. Si quelques opérateurs ont cru pouvoir s'en pas-

ser (1), M. Goullioud le regarde comme utile dans la grande majorité des cas. Pour une fois (obs. II) où il a voulu s'en passer, le malade a eu un abcès de la paroi avec un état général très grave, qui a donné les plus vives inquiétudes.

A ce drainage, nous assignons deux buts : le premier, c'est de maintenir une soupape de sûreté pour l'écoulement au dehors du suintement de la plaie péritonéale et de donner une chance de salut au malade en cas de perforation en extériorisant en quelque sorte la plaie intestinale ; c'est le drainage proprement dit. La deuxième raison du drainage, c'est l'hémostase. Il existe, en effet, très souvent, après ablation de la tumeur au niveau du point où elle siégeait, une surface cruentée plus ou moins vaste qui peut saigner en nappe d'une façon assez abondante pour devenir inquiétante si elle n'est pas tamponnée. Une mèche en contact avec cette surface, même si elle n'est pas tassée, et elle ne doit pas l'être, suffira le plus souvent à empêcher l'hémorragie et dans le cas, très fréquent d'ailleurs, de suintement séro-sanguinolent, elle permettra l'écoulement au dehors de cette sérosité, prévenant ainsi les phénomènes fébriles, souvent inquiétants et graves, de résorption. Ceux-ci font perdre quelquefois, et non sans dangers, le temps que l'on aurait gagné en cherchant une réunion de la cicatrice par première intention.

Nous conseillons donc le drainage au moyen d'une mèche de gaze iodoformée suffisamment serrée pour être hémostatique, mais pas assez pour faire rétention. Elle sera placée au niveau de la surface cruentée, à la place de la tumeur.

Nous croyons aussi qu'il est prudent de ne pas laisser trop

(1) Baillet, dans sa thèse, le déconseille dans tous les cas simples.

longtemps en place cette première mèche. Au bout de six à huit jours, il faut l'enlever et la remplacer par une autre un peu moins volumineuse. En la maintenant plus longtemps, on risque de la voir adhérer assez intimement aux tissus pour que son ablation détermine un peu d'hémorragie et même à la rigueur, ce qui est beaucoup plus grave, une petite déchirure intestinale au niveau de l'une des sutures et conséquemment une fistule (obs. IV et X). Dans tous les cas, c'est toujours avec de grandes précautions que l'on devra retirer la mèche : si le décollement en est difficile, on pourra le favoriser par un peu d'eau oxygénée.

Dans deux de nos observations nous avons eu une fistule et les deux fois la mèche de drainage n'avait été enlevée que le dixième jour, sans être décollée à l'eau oxygénée et son ablation avait été difficile et douloureuse, à cause de l'adhérence de la gaze.

On change ensuite la mèche tous les cinq ou six jours en la diminuant assez vite de volume et de longueur jusqu'à ce qu'il n'existe plus de trajet.

On peut remplacer la mèche par un drainage (obs. IX) dans les cas où l'on n'a pas d'arrière-pensée sur la possibilité d'une hémorragie. On n'a pas alors les inconvénients dus à l'adhérence de la mèche.

8° *Cas compliqués*. — Nous en aurons fini avec la question du manuel opératoire, quand nous aurons parlé des quelques modifications que doivent y apporter certains cas un peu compliqués.

Lorsque avec la tumeur il existe une fistule purulente ou pyo-stercorale, un abcès, un anus artificiel établi au cours de phénomènes d'occlusion aiguë, en général une cause

quelconque d'infection, M. Goullioud pense qu'il est au moins prudent (l'une de ses observations (obs. IV) en est une preuve) de se comporter d'une façon un peu différente de celle que nous avons indiquée.

Les sutures intestinales au contact de tissus infectés, d'abcès septiques, etc., ne tiennent pas et donnent lieu à des fistules : il faut donc, dans ces cas, faire l'anastomose loin de la lésion dans une intervention préalable indépendante de l'entérectomie. Les deux opérations, suivant l'état du malade et la gravité du cas, pourront, ou bien être faites dans la même séance, ou bien être séparées l'une de l'autre par un intervalle plus ou moins long, de quelques jours à quelques semaines. Dans ces circonstances, par laparotomie médiane, on fera d'abord l'anastomose, puis on coupera l'intestin aux deux extrémités de l'anse ainsi exclue de la circulation intestinale ; à 2 ou 3 centimètres de la coaptation, on fermera en cœcum et par trois plans de suture, à la soie fine, comme il a été dit plus haut, d'une part les deux bouts attenant à l'anastomose, d'autre part les deux bouts de l'anse à enlever ; on séparera par une bonne mèche de gaze l'anse malade du reste de la masse intestinale et l'on refermera le ventre en trois plans. L'ablation en bloc de la tumeur avec la fistule ou l'anus sus-jacent avec nettoyage et drainage même de l'abcès s'il en existe un, sera pratiquée ensuite dans un autre temps ou même dans une autre séance par laparotomie latérale au niveau du cœcum. Les sutures anastomotiques n'auront ainsi aucun contact avec un champ opératoire plus ou moins septique, qui pourrait compromettre leur solidité.

Nous avons dit plus haut que, même en l'absence d'abcès ou de fistule, l'opération en deux séances, quand le malade est faible et cachectique, est une bonne méthode à conserver :

on remplace par deux interventions relativement bénignes une opération souvent très grave (thèse de Baillet).

Une complication qui peut aussi se rencontrer et que nous avons vue une fois (obs. V), c'est l'adhérence d'une anse grêle à la tumeur. On ne peut chercher à détruire cette adhérence, ce qui compromettrait la solidité de la paroi de l'anse adhérente et exposerait à une récidive à ce niveau. Il faut, croyons-nous, réséquer cette anse adhérente, et pour cela, si elle n'est pas trop éloignée de la tumeur, la comprendre dans le segment d'intestin à enlever, ne faire qu'une anastomose et qu'une entérectomie. Si, au contraire, l'adhérence s'est faite avec un point de l'iléon considérablement éloigné du cœcum, à 60 ou 80 centimètres ou plus de celui-ci, il est préférable, croyons-nous, et c'est ce qui a été fait dans le cas auquel nous faisions allusion il y a un instant, de faire deux anastomoses et deux entérectomies. La durée de l'opération, de ce fait, n'est peut-être pas aussi accrue qu'on pourrait le penser, car l'étendue du mésentère à enlever dans le cas de résection unique nécessiterait des manœuvres presque aussi longues que la double entérectomie. Dans le cas que nous avons vu, l'opération a duré un peu plus de deux heures, mais grâce à l'anesthésie discontinue, la malade n'a eu que peu de shock. Elle a d'ailleurs admirablement guéri.

CHAPITRE IV

Résultats

Nous ne sommes plus à l'époque, ne remontant pourtant pas à vingt ans de nous où, sur 15 cas de résection de l'anse iléo-colique, on comptait 10 décès. En 1893 déjà, sur les 75 cas opérés et publiés depuis 1885, Baillet ne notait plus que 17 décès, ce qui est encore énorme. Cela, comme le fait bien remarquer cet auteur, tenait d'abord à ce que l'on n'avait pas encore posé d'une façon bien nette les indications de l'entérectomie relativement aux opérations palliatives et que l'on appliquait la résection à nombre de cas où il eût été sage de s'abstenir ou au moins d'opérer en deux temps. En deuxième lieu, le manuel opératoire n'était pas réglé, comme il l'est aujourd'hui ; on tenait sous anesthésie pendant des trois ou quatre heures des malades affaiblis, qui ne pouvaient se relever d'un pareil shock. « Dans un cas de Keetley (1896), par exemple, l'opération dura trois heures et demie ; l'auteur se console en rappelant, non sans humour, que pour atteindre le même résultat — la mort du malade — von Bergmann mit une fois cinq heures et demie (1). »

Aujourd'hui la mort due à l'opération est chose tout à fait

(1) De Bovis : *Le cancer du gros intestin*, 1901 p. 130.

exceptionnelle et doit, quand elle survient, être mise sur le compte d'une cause accidentelle ou d'une erreur d'indication.

Les *résultats immédiats* de l'entérectomie iléo-cœcale sont aujourd'hui excellents, à part les quelques cas où survient une fistule intestinale, laquelle, d'ailleurs, nous en avons la conviction, est due souvent à un point de sphacèle intestinal (obs. X) ou à une faute dans le premier pansement : mèche de drainage laissée trop longtemps et devenue adhérente ou enlevée d'une façon un peu brutale, etc. Nous devons dire aussi que dans un bon nombre des observations que nous avons parcourues dans les différents ouvrages, en particulier dans les travaux de Baillet, de Carel, de Machard, de de Bovis, etc., dans ces différentes observations, où l'on eut une fistule intestinale post-opératoire, celle-ci n'a pas tardé à se tarir spontanément. Ce n'est pas, toutefois, ce qui est arrivé dans l'un des cas dont nous avons été témoin (obs. IV). La fistule stercorale, loin de se fermer, se doubla d'une fistule purulente septique, et quand on opéra le malade pour la deuxième fois, on trouva, creusée dans la paroi abdominale elle-même et s'étendant en arrière jusque près de la colonne, une vaste poche stercorale.

Mais, en somme, nous le répétons, les accidents sont rares et dans l'immense majorité des cas, au bout de quelques semaines, le patient est remis des suites opératoires, il a repris son appétit, les fonctions digestives se font bien, et bientôt avec l'embonpoint les forces sont revenues ; on assiste à une véritable résurrection : le malade enchanté se déclare complètement guéri ; c'est ce que nous avons pu constater dans toutes nos observations, même dans celle où nous avons eu une fistule. Le malade dans ce cas ne s'est

cachectisé de nouveau que plus tard. Nous pouvons donc conclure au point de vue des résultats immédiats : excellente opération, presque toujours guérison parfaite.

Voulons-nous maintenant voir plus loin et savoir ce que deviennent nos opérés *au bout de quelques mois ou de quelques années*, nous sommes obligés de désenchanter un peu. Dans tous les cas où il ne s'agit ni de cancer, ni de tuberculose, les bons résultats de l'opération sont durables : le malade guérit d'une façon définitive. Mais ces cas constituent l'infime minorité des tumeurs cœcales : sur 10 malades, nous n'en avons pas observé un seul. Ces tumeurs sont, pour la plupart, de nature néoplasique ou de nature bacillaire : nos 10 malades se répartissent en 4 cas de tuberculose et 6 cas de cancer.

Au niveau du cœcum, comme ailleurs, c'est à la récidive qu'aboutit tôt ou tard l'évolution du néoplasme après l'entérectomie. Si l'on opère tôt et dans de bonnes conditions, si l'exérèse a été faite très largement, si l'on a enlevé la plupart des ganglions engorgés la survie pourra être fort longue : « La récidive, dit Machard, paraît moins fréquente pour les tumeurs malignes du cœcum que pour celles des autres organes. Sur 32 cas de guérison après extirpation pour cancer du cœcum, 3 malades seulement sont morts de récidive six mois après l'opération. D'autre part, nous trouvons dans nos observations 6 cas où plusieurs mois après l'opération et même plusieurs années après, aucune trace de récidive n'était constatée. » — « Woelfler, au XXV[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie (1896), parmi des opérés guéris, cite les cas suivants : 1 guéri depuis seize ans (Gussenbaüer et Martini), 1 depuis huit ans et demi (Mickulicz), 2 depuis six ans (Czerny et Billroth), 7 depuis quatre ans ;

15 malades sont restés en bonne santé pendant un temps variant de un an et demi à quatre ans. Rueff cite une guérison de Zehnder datant de dix ans et demi, et Schiller a retrouvé un opéré de Czerny après le même laps de temps. Un malade de Bergmann vivait encore neuf ans après l'opération. Koerte fait connaître qu'un de ses opérés pour cancer de l'S iliaque survit depuis six ans et demi sans récidive, de même qu'un autre, opéré il y a cinq ans et demi, d'un cancer du côlon transverse (1). » — « En présence de pareils résultats, dit Delaunay (2), nous ne devons pas rester hypnotisés par la terrible mortalité de 50 p. 100 de la statistique de Billroth, il faut réclamer l'intervention en temps utile (dès les premiers signes du mal), ne pas attendre les phénomènes de cachexie et vouloir demander au bistouri une résurrection impossible. ».

Pour nous, sur nos 6 malades, l'un n'a eu que quatorze mois de survie (obs. IV). Certainement, chez lui, la mort a été hâtée par la fistule stercorale dont il est toujours resté porteur. Le deuxième a vécu dix-neuf mois (obs. III). Une autre, opérée depuis dix mois, est en pleine récidive (obs. V). Le malade de l'observation II, opéré le 13 juin 1900, il y a deux ans et demi par conséquent, a été revu récemment dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer. Quant à la cinquième malade, opérée en 1897 (obs. I), nous n'avons pu avoir sur elle de renseignements récents. La sixième enfin a été opérée tout récemment (obs. IX).

En somme, d'une façon générale, pour le cancer, la survie est assez longue. Lorsqu'elle se produit, la récidive n'a presque jamais lieu *in situ* : le malade meurt de cachexie

(1) Thèse de Lardemois, Paris 1899.
(2) Congrès de Chirurgie, Paris 1899.

cancéreuse ; les symptômes fonctionnels, si pénibles, du côté du tube digestif lui sont épargnés (obs. V). Cette dernière considération à elle seule justifierait l'opération, même au cas où celle-ci ne devrait pas prolonger l'existence.

S'agit-il, au contraire, de tuberculose, on peut espérer la guérison complète et définitive : elle est la règle générale. Il arrive malheureusement parfois que, simultanément avec les lésions abdominales, il existe des lésions pulmonaires (obs. VI). Celles-ci, continuant à évoluer après l'ablation de la tumeur, finissent par emporter le malade. C'est ce que nous constatons dans notre observation VI où la patiente, après avoir vu ses troubles digestifs disparaître, son embonpoint revenir et ses forces renaître, se mit à tousser de plus en plus et, d'après les nouvelles que nous en avons aujourd'hui, en est à la période ultime de la phtisie pulmonaire. Toutefois, nous le répétons, il s'agit ici d'une exception malheureuse qui ne saurait justifier en rien l'abstention du chirurgien en face d'une tumeur iléo-cœcale tuberculeuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Par le Dr Rafin, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon

Cancer du cœcum. — Résection du segment iléo-cœcalde l'intestin. — Iléocolorraphie par implantation latérale. — Guérison opératoire.

Mme G..., âgée de quarante-trois ans, demeurant à Lyon, rue D. 42, entre à l'hôpital Saint-Joseph, salle Sainte-Anne, n° 4, le 22 mai 1897.

Père et mère morts d'affections inconnues, un frère et une sœur bien portants.

A eu la variole à quinze ans. Réglée à seize ans, régulièrement, pas de métrorrhagie, ni de leucorrhée importantes. Mariée à vingt-sept ans, a fait une fausse couche de quatre mois ; pas d'autre grossesse. A toujours eu l'estomac délicat.

L'affection actuelle remonterait à trois mois ; elle ressentit au début de violentes douleurs dans le ventre. Ces douleurs persistent encore et elles constituent un des deux symptômes capitaux de la maladie actuelle.

La malade souffre dix à douze fois par jour, plus particulièrement mais non exclusivement après les repas. Elle éprouve des douleurs en ceinture prenant naissance dans le ventre au-dessus de l'ombilic surtout du côté droit. Leur intensité est considérable et force la malade à prendre l'attitude assise, les coudes sur les genoux, en appuyant sur le ventre.

En deuxième lieu, elle appelle l'attention sur une tumeur siégeant dans le côté droit de l'abdomen. Cette tumeur offre les caractères suivants : son siège est intra-abdominal, son volume celui du poing, sa forme à peu près ronde, sa consistance ferme et sa surface vaguement bosselée. Sa mobilité est très grande ; on la trouve dans la partie droite de l'abdomen et il est possible de la refouler en dehors vers la région lombaire, sans que cependant elle puisse être conduite jusque dans la région rénale; si on tente de la chasser vers la partie gauche de l'abdomen, on la sent jusque vers la ligne médiane, puis on la perd. Elle peut être portée au contact du foie et elle descend sans difficulté dans la région iliaque jusque vers l'utérus. Sa saillie est alors très appréciable à la vue et à la palpation ; quand elle est ainsi placée, le toucher vaginal joint à la palpation abdominale permet de la sentir avec grande facilité sous la forme d'une masse dure arrondie faisant saillie dans le cul-de-sac latéral et dans le cul-de-sac postérieur, donnant absolument l'impression d'un fibrome ; il semble même que l'impulsion en haut imprimée à la tumeur se propage quelque peu à l'utérus. De plus, la pression sur la tumeur provoque une assez vive douleur.

L'examen des autres systèmes organiques donne les résultats suivants :

Rien au cœur, ni aux poumons.

Appétit irrégulier et très médiocre. L'ingestion des aliments est nettement l'occasion de crises douloureuses qui surviennent aussitôt après les repas.

Jamais de vomissements. Pas de dilatation de l'estomac. Un confrère autorisé lui avait dit antérieurement qu'elle avait cet organe dilaté; il y a donc lieu de croire que cet état s'est modifié.

Les selles se font une fois par jour très régulièrement. Il n'y a pas d'alternatives de diarrhée et de constipation. Les selles n'ont pas été vues.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes; la région de la vésicule ne présente rien à noter; jamais d'ictère, ni de coliques hépatiques. Pas de matité splénique.

La malade a eu, il y a deux ans, des mictions fréquentes et douloureuses; à cette occasion, un traitement par les lavages boriqués avait été institué.

Actuellement, l'urine est limpide, sans albumine, ni sucre. Les reins ne sont pas perceptibles.

L'utérus, quoique un peu abaissé, est cependant en bonne position : culs-de-sac parfaitement libres, sauf quand la tumeur a été refoulée dans cette région.

La nutrition générale a subi une atteinte sensible, si on en juge par l'aspect de la malade qui a le teint pâle, mais non jaune paille, et par une perte de 2 kilogr. en peu de temps. La température est normale.

En résumé, cette malade se présente avec une tumeur intra-abdominale remarquable par une mobilité telle qu'on peut la refouler du commencement de la région lombaire à la ligne médiane, et de la face inférieure du foie aux culs-de-sac vaginaux; tumeur s'accompagnant de douleurs vives, d'un peu de dénutrition et de phénomènes digestifs dont la valeur symptomatique était difficile à apprécier, étant donné que les digestions n'ont jamais été bonnes.

Le diagnostic ne pouvant être établi sur des bases précises, et vu les souffrances de la malade, la laparotomie parut indiquée.

28 mai 1897. Opération. Anesthésie à l'éther sans incidents.

Incision médiane sous-ombilicale de 12 centimètres. A ce moment, j'ignorais la situation exacte de la tumeur; ce qui fut cause de quelques difficultés. La main introduite dans le ventre ne la sent pas tout d'abord; au bout de quelques instants, je la découvre en arrière de l'utérus et dans la partie supérieure de la concavité du sacrum. Elle est amenée sans peine au dehors et je reconnais immédiatement le cœcum formant une masse dure d'aspect néoplasique; contre cette masse se confond l'extrémité terminale de l'iléon. Dans le méso se perçoit un ganglion du volume d'un gros pois. Malgré cette dernière constatation, la résection du segment iléo-colique de l'intestin est résolue pour les raisons suivantes : mobilité de la tumeur et

absence totale d'adhérences avec les parties voisines, étendue de la tumeur qui va jusqu'au contact de l'intestin grêle et semble devoir amener prochainement de l'obstruction par envahissement de la valvule de Bauhin; douleurs vives se rattachant à la présence du néoplasme; enfin résistance de la malade qui paraît largement suffisante. Je reviendrai sur une dernière considération : l'incertitude relative de la nature de la tumeur.

Des pinces de Doyen assurent tout d'abord la coprostase; ultérieurement, elles furent remplacées par les doigts; l'intestin grêle est coupé à 10 centimètres environ du cœcum et le gros intestin dans la portion colique au-delà du néoplasme. Sur le méso, excision angulaire de façon à enlever en même temps le ganglion, ce qui nécessite le pincement de deux ou trois gros vaisseaux; la masse iléo-colique est ainsi rapidement enlevée.

A ce moment restait à choisir entre les différents procédés d'entérorraphie et les divers modes de suture.

Je donnai la préférence à l'iléo-colorraphie par implantation suivant la méthode de Billroth. L'extrémité sectionnée du côlon est d'abord obturée à l'aide de deux plans de suture à la Lambert, superposés, le superficiel refoulant le précédent dans la cavité intestinale. Ces sutures sont faites en surjet à la soie fine; quelques points séparés les complètent. Ceci fait, j'implante latéralement l'extrémité terminale de l'iléon sur le côlon ascendant; l'incision du côlon parallèle à son axe est de 2 cent. 1/2 environ de longueur, ce qui correspond exactement au diamètre de l'iléon. La suture est faite à la soie en surjet, suivant le procédé de MM. Jaboulay et Briau. La plaie du méso-cœcum est suturée par deux ou trois points de catgut chromique. Petit drainage à la Mikulicz.

Trois plans de sutures ferment la paroi abdominale au catgut chromique en surjet pour le péritoine et l'aponévrose; au fil métallique pour la peau.

Durée totale de l'opération : deux heures.

28 mai. — Soir T. = 38°, pouls = 80°. Douleur assez vive au creux de l'estomac; une petite injection de morphine; injection de 900 grammes de sérum.

29 mai. — T. = 37°6 le matin, 38°5 le soir ; pouls = 88,102. Vomissements bilieux la nuit ; en guise d'alimentation : fragments de glace, injections de sérum.

30 mai. — T. = 37°7, 38°4. Pouls = 92. Pas de vomissement. Émission de gaz. Va bien.

31 mai. — T. = 37°8, 38°. Pouls 92. Limonade. Champagne.

1er juin. — Selle spontanée. A partir de ce moment température absolument normale.

Le tampon a été enlevé le neuvième jour. L'alimentation a été très lentement progressive.

Vingt-six jours après l'opération l'état de la malade ne laisse rien à désirer ; l'appétit est excellent, les digestions sont très bonnes, les selles régulières. La malade déclare que son ventre est absolument indolore et se trouve très satisfaite.

L'examen histologique a donné comme résultat : cancer de l'intestin.

OBSERVATION II

M. le Dr Goullioud

Cancer du cœcum. — Résection large du cœcum. Guérison.

H. V..., âgé de cinquante ans, sculpteur sur bois à Labridoire (Savoie). Entre à l'hôpital Saint-Joseph le 29 mai 1900 dans le service de M. le Dr Clément. Depuis l'âge de trente ans il a souffert de troubles dyspepsiques, embarras gastriques, indigestions douloureuses, vomissements. Ces troubles produisaient de véritables crises qui duraient quelques jours et disparaissaient sous l'influence d'un traitement.

Il y a deux mois, séjour dans les hôpitaux de Chambéry pour une douleur dans la fosse iliaque droite s'accompagnant de vomissements, de fièvre, de constipation. On crut alors à une appendicite. Depuis ces deux mois le malade a repris ce qu'il appelle ses accès de gastralgie provoqués par l'ingestion d'aliments suivis à cinq ou six reprises de vomissements abondants.

Trois fois le malade a constaté la présence de sang noir dans ses selles. Pour diminuer ses douleurs le malade s'est mis au régime lacté à peu près exclusif.

Actuellement, il se plaint de douleurs vagues et intermittentes dans la région épigastrique, de gargouillements, d'anorexie élective pour la viande, de diarrhée (trois ou quatre selles par jour) ; depuis deux mois, il a maigri de 4 à 5 kilos.

A l'examen de l'abdomen, le ventre n'est ni ballonné ni rétracté; au moment des crises, le malade a constaté du ballonnement et des ondulations péristaltiques allant de droite à gauche.

Le tapotement n'arrive pas à les provoquer.

A la palpation, pas d'induration de la région pylorique, mais dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite, on sent une grosse masse, dure, ovoïde peu sensible à la pression et qui n'est pas un rein flottant. Au-dessus, la percussion provoque un fort gargouillement. Ces divers symptômes, spécialement les vomissements marc de café, le clapotage, ont fait admettre une tumeur du pylore. C'est avec ce diagnostic que le malade passe en chirurgie dans le service de M. Goullioud, le 8 juin 1900.

Là, le siège de la tumeur, très apparente dans le flanc droit, fait admettre au contraire une tumeur du gros intestin.

Opération le 13 juin 1900. — Anesthésie à l'éther, incision verticale dans le flanc droit à trois travers de doigt de la ligne blanche. Le grand épiploon qui se présente est réséqué en partie et récliné en haut.

La tumeur a son siège au niveau du cœcum, complètement envahi, sans qu'on trouve trace d'appendice. Le mésentère est incisé au milieu de l'iléon à 12 centimèsres environ du cœcum et ainsi largement réséqué, car il laisse voir par transparence de nombreux ganglions. Puis l'iléon est coupé au même niveau, c'est-à-dire à 12 centimètres environ du cœcum. On incise ensuite le méso-cœcum, puis le méso-côlon ascendant, enfin, on coupe le côlon à 4 centimètres environ au-dessus de la tumeur. Des pinces, puis des ligatures nombreuses ont été placées, chemin faisant, sur le mésentère et le méso segmentés et formant un certain nombre de pédicules.

On fait ensuite un abouchement bout à bout de l'intestin grêle et du côlon et une enterorraphie avec un triple plan de sutures.

La paroi abdominale est suturée sans drainage. Triple plan de sutures.

Examen de la pièce. — La tumeur est développée au niveau du cœcum ; tout cet organe est le siège d'une infiltration néoplasique scléreuse qui ne permet de reconnaître ni la valvule ni l'appendice iléo-cœcal.

La lumière de l'intestin est rétrécie, offre un canal tortueux, irrégulier, tapissé par une muqeuse ulcérée végétante,couverte de glaires. Au-dessus,l'intestin grêle est épaissi, sa cavité considérablement augmentée, son calibre bien supérieur à celui du gros intestin. On croirait opérer sur un estomac.

Dans le mésentère et dans le méso enlevé, on reconnaît de nombreux ganglions manifestement malades.Sur la pièce fraîche, de suite après l'opération,dans les lambeaux de la face profonde, on découvre un canal long de cinq centimètres, et qu'on craint être une portion de l'uretère, entraîné et réséqué ; on n'en est pas assez sûr pour réouvrir le ventre ; d'ailleurs les bouts restants de ce canal ont dû être liés.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. L. Dor,montre qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse du cœcum.

Suites opératoires. — Le 14 juin 1900 : T.R. 37°6 le matin, 38° le soir. Pouls à 98 ; le malade a reçu la veille trois litres de sérum. On fait encore une injection d'un litre. La température après quelques oscillations entre 38° et 39°, est revenue à la température normale.

Le 28 juin 1900, on voit la température remonter et osciller entre 38° et 39°8. L'état général du malade, qui a eu des suites immédiates simples, paraît s'aggraver. Frissons.

On constate au début de juillet une tuméfaction assez volumineuse du flanc droit au niveau du foyer opératoire, qu'on a eu le tort de ne pas drainer. Le malade paraît dans un état grave.

Le 3 juillet 1900, on se décide à ouvrir la collection du flanc droit; cette opération consiste : 1° en une incision qui donne

issue à une collection purulente ; 2° on croit devoir faire aussi une incision rénale sur le rein qui paraît tuméfié ot dont en croit avoir lié l'uretère. Cette incision ne révèle rien du reste du côté du rein.

Après cette incision le malade a été rapidement mieux ; la température est tombée à la normale, le trajet fistuleux se cicatrise lentement.

4 septembre. — Le malade a repris de l'embonpoint et de la force d'une façon remarquable, il s'est relevé d'un état très bas; il quitte l'hôpital.

20 octobre. — Le malade revient se présenter à l'hôpital avec un état général si florissant qu'il est presque méconnaissable ; il mange et digère absolument bien sans aucun troublegastrique.

Il a repris 8 kil. 500 depuis l'opération. Il persiste un trajet fistuleux d'où s'écoule un peu de sérosité, peut-être un peu d'urine.

Le malade a généralement trois selles par jour. Après le repas il éprouve un besoin impérieux bien que les selles soient moulées.

Le 1er avril 1901. — Le malade est revu et présenté à la Société de médecine de Lyon. Jamais, dit-il, il ne s'est aussi bien porté, depuis l'âge de trente ans. Il a de l'appétit, de l'embonpoint, peut marcher et travailler tant qu'il veut.

Persistance d'une tendance à la diarrhée qui oblige le malade à surveiller son régime.

Le 13 juillet 1901. — Le malade est revu, il est toujours dans le même état satisfaisant. Revu enfin le 2 novembre 1902, va très bien.

OBSERVATION III

M. le Dr Goullioud.

Cancer du cæcum. — Résection du cæcum et d'une portion du côlon ascendant. — Guérison.

E. J..., garçon d'hôtel, né en Italie mais habitant Lyon, âgé de quarante-huit ans, vient à l'hôpital pour des douleurs abdominales, de la diarrhée, de l'amaigrissement. Rien à noter dans

les antécédents héréditaires du malade. Il y a deux ans, le malade souffrit tout à coup de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques s'accompagnant de constipation. Il eut à ce moment du mœléna et des hématémèses qui disparurent bientôt d'ailleurs, des vomissements alimentaires une demi-heure après le repas, des vomissements glaireux le matin à jeun (le malade est légèrement éthylique). Depuis onze mois il a dû cesser tout travail et même garder le lit.

A son entrée dans le service de médecine, le malade présente un facies amaigri, un teint cireux, se plaint de diarrhée et de douleurs abdominales, s'accompagnant de coliques et de borborygmes.

Cette douleur est vive, réveillée par les repas, les mouvements ; la diarrhée est tantôt noirâtre, tantôt jaunâtre à odeur très fétide. Les anciens phénomènes gastriques (vomissements, hémorragies) qui ont cessé depuis quelques mois, avaient fait penser tout d'abord à un néoplasme de l'estomac.

Cependant à la palpation de l'abdomen, on trouve à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic, une tumeur nettement perceptible du volume d'une orange, dure, peu mobile, formée de plusieurs noyaux indurés ; un peu de clapotage est perceptible au-dessus. Les sommets des poumons paraissent suspects ; cependant pas de signes nets à l'auscultation. Le malade entré en médecine le 10 décembre 1900 est envoyé dans le service de M. le D[r] Goullioud. Ce n'est qu'au début de janvier que l'on se décide à une intervention.

A l'examen du malade M. Goullioud a reconnu une tumeur de l'intestin mais pas de signes de sténose intestinale, et le malade est dans un si triste état qu'il ne croit pas pouvoir penser à une ablation de la tumeur. Le malade souffre beaucoup, au point qu'on lui fait des piqûres de morphine plusieurs fois par jour. Par pitié et cédant à ses sollicitations, M. Goullioud se décide à opérer.

Opération le 2 janvier 1901. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale. On trouve une grosse tumeur sur le côlon ascendant ou plutôt sur le cœcum à 3 ou

4 centimètres de l'appendice. On établit d'abord une anastomose entre le côlon et l'intestin grêle. entre un point du côlon situé à 10 ou 15 centimètres de la tumeur, et du côté de l'intestin grêle, à 20 centimètres euviron. Cette anastomose est faite au moyen du bouton de Jaboulay-Lumière ; le gros intestin est tellement aminci que le bouton ne semble recouvert que d'une membrane des plus minces. L'intestin grêle, d'ailleurs, n'est pas dilaté car il n'y a pas de sténose.

Voyant la tumeur encore mobile, M. Goullioud se décide à l'enlever. Section de l'intestin grêle entre l'anastomose et la tumeur à une distance de 7 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Même procédé de fermeture de l'intestin que pour l'appendicectomie. Le côlon est sectionné également entre l'anastomose et la tumeur.

On a ensuite détaché le cœcum en sectionnant isolément, d'abord le mésentère de l'extrémité de l'iléon, puis les deux replis péritonéaux qui fixent le cœcum en attirant à soi la tumeur pour la détacher de la fosse iliaque et éviter ainsi l'uretère. On met ainsi à nu le duodénum dans sa portion rétro-péritonéale ; hémostase du mésentère et du méso-cœcum par des pinces et des ligatures au catgut Répin. On met une mèche de drainage à la place de la tumeur. Suture de la paroi abdominale avec des fils métalliques forts prenant toutes les couches, alternant avec des fils séparés de catgut chromique sur l'aponévrose.

Durée de l'intervention une heure dix et pendant ce temps injection sous cutanée de 1 litre de sérum. Nouvelle injection de sérum dans la soirée.

Le 3 janvier 1901. — T. R. = 37°8 le matin, 39° le soir, pouls à 112 le matin ; 2 litres 1/2 de sérum ; 1 centimètre cube de morphine. Champagne.

Le 4 janvier : T. 37°9 le matin, 38°3 le soir. Pouls bon et fort à 100.

Le 5 janvier : T. 38°4 le matin, 39°5 le soir. A beaucoup souffert du ventre malgré les piqûres de morphine. Plusieurs selles diarrhéiques, pouls à 108.

Le 6 janvier : T. 38°4 le matin, 39° le soir.

Le 7 janvier : T. 37° le matin, 38°8 le soir.

Les jours suivants la température revient rapidement à la normale, mais la diarrhée persiste, malgré les piqûres de morphine, l'emploi du tannigène et une alimentation exclusivement composée de thé au rhum, de crème de riz et de gelée de Damaz.

Le 12 janvier, ablation du Mickulicz, la température est normale : 36°8, 37°6. Le malade doit être cathétérisé depuis deux jours. Il se plaint de souffrir du ventre, mais c'est souvent pour obtenir une piqûre de morphine, car ses plaintes cessent qu'on lui fasse une piqûre de morphine, de caféine ou même d'eau pure stérilisée.

Il a toujours de la tendance à avoir de la diarrhée. Appétit assez bon, le malade mange des crèmes de riz, de la viande crue râpée et du lait.

Le 26 janvier 1901 devant la persistance de la diarrhée malgré le tannigène et le benzo-naphtol, on institue le régime lacté absolu.

Le 2 février, le malade souffre moins, a des selles moins fréquentes ; on permet de la viande rôtie, du vin et des œufs. Il commence à se lever.

Le 2 avril 1901, le malade part cicatrisé, très amélioré, ne souffrant plus, mais gardant de la tendance à la diarrhée, que n'a supprimée ni le régime sec, ni le régime lacté, ni l'essai persévérant du bismuth, du tannigène et du benzo-naphtol.

Le bouton de Murphy n'a pas été expulsé ou du moins n'a pas été retrouvé.

Examen de la pièce. — Elle présente une tumeur du cœcum du volume d'une petite orange; on a réséqué 7 centimètres d'intestin grêle au-dessus de la tumeur, un peu moins de gros intestin. On trouve quelques ganglions dans le méso réséqué, spécialement dans le mésentère.

A l'examen de la lumière intestinale on reconnaît sa perméabilité ; elle devait laisser passer au moins le petit doigt au niveau de la tumeur. L'intestin ouvert sur toute la longueur

de la pièce montre que la tumeur occupe surtout la paroi externe du cœcum, où elle forme une forte saillie du volume d'une mandarine. Celle-ci, quoique à paroi très épaisse, est creusée d'une cavité anfractueuse, à contenu mucilagineux, d'odeur infecte. La tumeur ne faisait pas absolument le tour de l'intestin ; donc pas de sténose à proprement parler. La valvule de Bauhin et l'appendice n'étaient pas atteints par l'infiltration néoplasique.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. le Dr L. Dor, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique d'origine glandulaire.

Lettre du 6 octobre 1901 : le malade va bien malgré la persistance de la tendance à la diarrhée.

18 août 1902. — Revenu à Lyon il y a huit jours parce que, dit-il, la nourriture à la montagne était trop lourde. Au mois de juin, il avait pris deux indigestions. Depuis lors il n'a plus eu d'appétit. Toujours de la diarrhée = cinq ou six selles ; quelques douleurs de ventre quand il a besoin d'aller. N'a pas maigri. — A l'examen, le ventre paraît normal : excellente cicatrice. On conseille de la viande râpée et de la poudre de Pomiès.

29 août 1902. — Pèse 53 kil. 500. A moins de diarrhée. A l'auscultation : obscurité aux deux sommets ; caverne à droite en arrière ; pas trace de récidive abdominale.

16 septembre. — Meurt aujourd'hui après s'être progressivement affaibli.

OBSERVATION IV

M. le Dr Goullioud

Cancer du cœcum. — Résection large du cœcum et du côlon ascendant. — Guérison.

Le nommé J.-B. Dr..., âgé de vingt-neuf ans est reçu dans le service de M. Goullioud à l'hôpital Saint-Joseph, le 14 mai 1901. C'est un garçon solidement bâti, mais amaigri et qui n'a jamais été malade.

Il entre à l'hôpital pour des phénomènes d'obstruction intestinale chronique. Ils ont débuté il y a un an environ ; depuis cette époque le malade a fréquemment des douleurs intestinales, sous forme de coliques qui s'accompagnent de sensation de roulement des anses intestinales et de bruits particuliers de gargouillement. Ces douleurs commencent assez nettement dans la moitié droite de l'abdomen puis se généralisent. A trois reprises différentes, les douleurs ont été plus vives, accompagnées de vraies crises d'obstruction durant quatre à cinq jours, une seule fois de vomissements. Le malade a considérablement maigri, non qu'il ait perdu complètement l'appétit, mais parce qu'il a réduit de plus en plus son alimentation pour moins souffrir. Des vergetures nombreuses confirment le dire du malade d'un énorme amaigrissement ; il est tombé de 100 à 65 kilogs. Le malade ne prend plus que des liquides ; le vermicelle même ne passerait plus. Les selles sont régulières, pâteuses ; le ventre est souple, non ballonné, couvert de vergetures.

A une palpation attentive, on remarque un bruit de hydro-aérique dans la moitié droite du ventre correspondant à une zone plus sonore. Il n'y a pas de douleur à la palpation ; cependant à droite il y a une certaine résistance à la tension des muscles abdominaux ; enfin on arrive à sentir dans l'hypochonde droit une induration plus grosse qu'une noix qui ne correspond ni au niveau de la vésicule ni à celui de l'appendice, qui n'est pas non plus un rein prolabé. Ni ascite ni épanchement pleural.

Le 17 mai, le malade prend du café au lait, puis le vomit trois heures après pendant que sa température monte de la normale à 40°6. Elle tombe le lendemain.

Bref, le malade a eu une indigestion avec un peu d'ictère, sans qu'on puisse admettre une crise de coliques hépatiques.

A l'insufflation quelques jours après, l'estomac ne paraît pas dilaté. Le diagnostic de cancer intestinal s'impose.

Opération le 21 mai 1901. — Anesthésie à l'éther. Incision verticale de 2 centimètres au moins le long du côlon ascendant,

parallèle à la ligne médiane. L'intestin attiré au dehors de l'abdomen, on voit immédiatement qu'il est le siège, au niveau du cœcum, d'une tumeur dure du volume d'une petite orange. Au-dessus l'intestin est très dilaté; au-dessous, c'est-à-dire sur le côlon ascendant et sur le transverse, son calibre est considérablement rétréci.

On sent et on voit de nombreux et volumineux ganglions dans le mésentère ; puis, à une vingtaine de centimètres sur le côlon, on constate une autre induration suspecte.

On commence à faire une anastomose latérale large entre l'intestin grêle bien au-dessus de la tumeur cœcale et le côlon transverse au-dessous de la seconde induration.

Anastomose par trois plans de sutures à la soie fine, puis section de l'intestin entre l'anse de l'intestin grêle anastomosée et la deuxième induration. Du côté de l'anastomose l'intestin est fermé, non par des sutures mais par une ligature après écrasement de l'intestin. Le moignon cautérisé est invaginé par une suture en bourse à la soie fine.

Enfin on isole l'intestin malade, en faisant à distance de nombreux pédicules sur le mésentère. On résèque ainsi un large triangle de mésentère chargé de nombreux ganglions indurés.

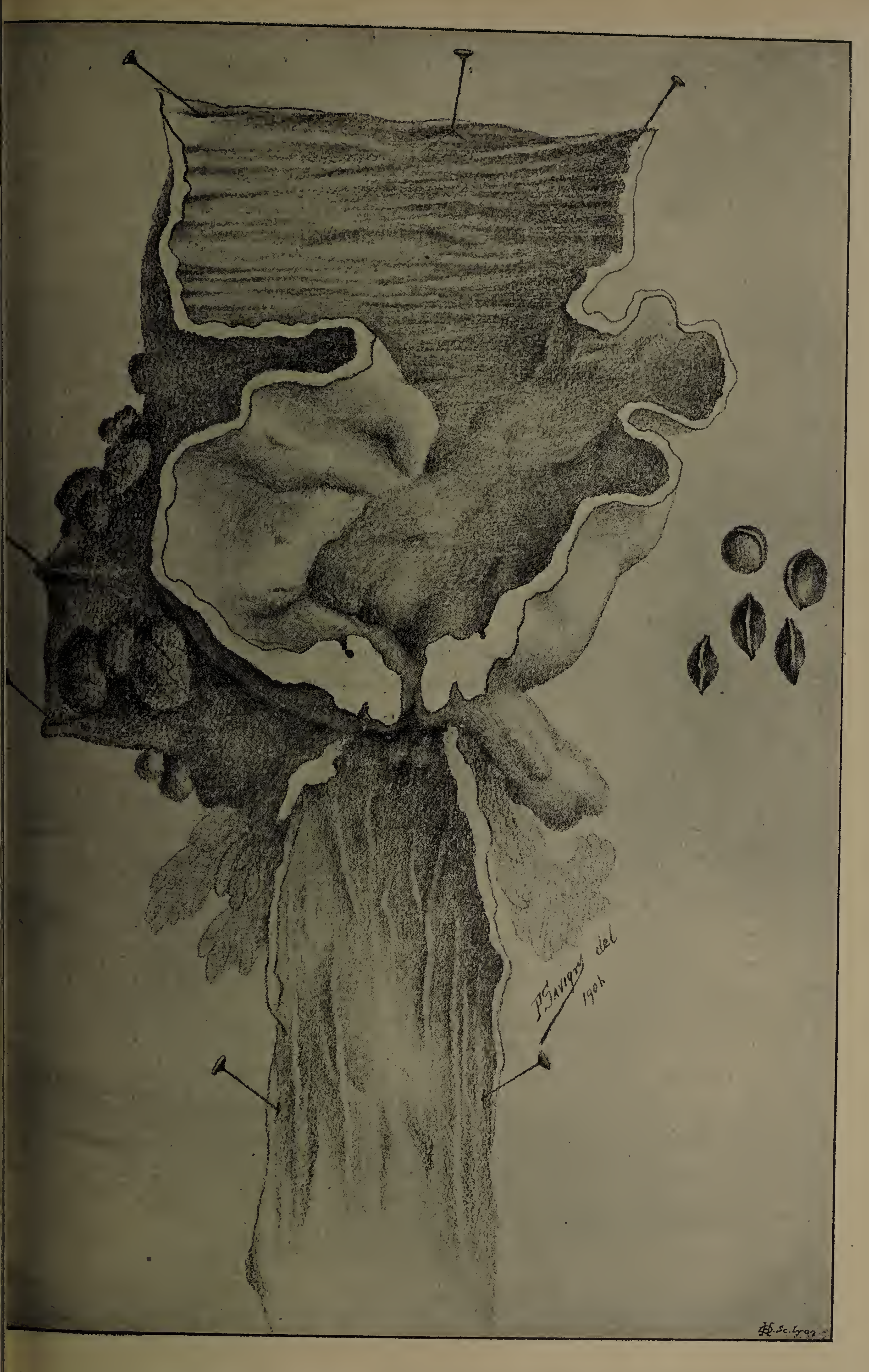
Mèche de gaz iodoformée et fermeture de la plaie abdominale à trois plans.

800 c.c. de sérum ont été injectés pendant l'opération.

Examen de la pièce. — La portion de l'intestin enlevée mesure 45 centimètres de longueur. La tumeur siège au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cœcum, mais la masse principale est sur la face externe et postérieure de l'ampoule cœcale. On ne retrouve pas l'appendice.

L'intestin ouvert montre une ulcération dans le cœcum, les valvules épaissies, indurées circonscrivent un orifice rétréci qui laisse passer deux hystéromètres côte à côte. Il y a de nombreux et gros ganglions dans le mésentère réséqué.

Au-dessus du rétrécissement l'intestin grêle très épaissi est distendu en ampoule, on dirait un estomac d'enfant ; gonflé avec de l'eau qui ne s'écoule pas, sa circonférence mesure 25 centi-



1. — Cancer du cœcum (obs. IV). Pièce ouverte. En haut, iléon dilaté; en bas, côlon ascendant atrophié. Entre les deux, point sténosé; à droite, cinq noyaux de cerise; à gauche, dans le lambeau de mésentère, ganglions néoplasiques.

mètres. Par contre le côlon descendant et le transverse sont affaissés. Au niveau du point suspect, l'intestin est un peu induré, tomenteux, sans lésions bien nettes.

L'*examen histologique*, que nous devons à l'obligeance de M. L. Dor, nous dit : « Cancer du type œcal. A été confondu longtemps avec la tuberculose à cause de la ressemblance de certaines cellules avec les cellules géantes. »

Dans l'ampoule sus-jacente au rétrécissement, il y avait cinq noyaux de cerises, très noirs, qui n'étaient pas des noyaux de cerises fraîches.

Suites opératoires un peu mouvementées mais nullement inquiétantes.

Le soir de l'opération, T. R., 39°2 (le malade a eu il y a quelques jours 40°6 pour une indigestion) ; 3 litres de sérum.

Le 22 mai (lendemain de l'opération) : T. 38° et 38°4. Pouls très bon à 88. Gaz par l'anus dès ce jour-là ; un litre de sérum les deux jours suivants.

Le 24 mai, une cuillerée d'huile de ricin provoque une selle renfermant deux noyaux de cerise ; T. 39°. Le pouls est rapide à 120 mais sans symptômes péritonéaux.

Le 26 mai, plusieurs selles et chute de la température.

Le 31 mai, c'est-à-dire le dixième jour, ablation des fils et de la mèche de gaze iodoformée, l'ablation de celle-ci a été un peu difficile.

Le lendemain apparition dans le pansement de matières fécales ; mais bientôt, le dix-septième jour, le cours des matières se rétablit par l'anus, et ce n'est plus que de loin en loin que le pus de la fistule prend une teinte fécale.

Le 12 juillet, la fistule est presque tarie et la plaie du Mickulicz presque cicatrisée.

Si dans ce cas il y a une fistule intestinale, il faut l'attribuer à la façon dont l'intestin a été fermé entre l'anastomose et la tumeur. L'intestin, écrasé, a été serré par un fil de soie fin, et la suture séreuse en bourse sous-jacente portait sur des tissus graisseux mauvais pour une bonne réunion.

Le 26 septembre 1901, M. Dr... vient donner de ses nouvelles.

Il va très bien, a repris 8 kilogr. depuis son opération. Sa fistulette n'est pas absolument tarie, mais elle ne laisse passer que très rarement des matières, et en petite quantité. Deux ou trois selles moulées par jour.

Le 8 janvier 1902, on reçoit une lettre du malade qui dit : « La fistule persiste toujours; la plaie est très bien cicatrisée, il reste seulement une circonférence comme une pièce de deux francs un peu rouge, au milieu de laquelle se trouve le petit trou. Pendant cinq à six jours, c'est à peine s'il sort des matières fécales, et tout d'un coup, sans comprendre ce qui le procure, les matières sortent un peu plus. Malgré cela, mon état général s'est bien amélioré, je travaille tous les jours et je pèse 75 kil. Ce qui me désole, c'est que je crains que ma fistule ne se ferme pas. »

Le 29 mai 1902 (un an après l'opération par conséquent) le malade rentre de nouveau à Saint-Joseph. Depuis quelque temps, la fistule donne davantage, le malade a maigri de nouveau, il a de la fièvre. Il existe au niveau de l'ancienne incision deux fistules contiguës : l'une donne du pus, l'autre des matières. Poids 55 kilogr.

Le 16 juin 1902, le malade est un peu reposé, il a moins de fièvre (37° 5 à 38° 3 au lieu de 38° 3 à 39° au moment de son entrée il y a trois semaines). Sur ses instances réitérées, M. Goullioud se décide à intervenir de nouveau.

Opération le 18 juin 1902. — Anesthésie discontinue, éther et Billroth. Laparotomie médiane de 30 centimètres au moins. Arrivé sur l'intestin, on cherche l'ancienne anastomose que l'on trouve assez facilement : la coaptation est parfaite, la fistule ne siège pas à ce niveau, mais un peu au-dessous sur le gros intestin.

On fait d'abord une anastomose par adossement latéral entre une anse intestinale grêle située au-dessus de l'ancienne anastomose et un point du gros intestin situé plus bas qu'elle. Trois plans habituels à la soie fine. Puis on sectionne l'intestin aux deux extrémités de l'anse exclue, à 2 ou 3 centimètres de l'anastomose et l'on ferme les deux bouts en cœcum avec trois

plans de soie fine. Fermeture de la même façon, mais seulement avec deux plans des deux bouts de l'anse exclue portant la fistule. Au cours de ces différents temps, on a réséqué et lié au Repin plusieurs fragments d'épiploon.

Maintenant on rentre tout l'intestin dans le ventre en séparant par une grosse meche de gaze iodoformée, de la masse intestinale principale, l'anse que l'on va enlever. Cela fait, on sectionne entre des pinces étagées et on lie au Repin le méso de cette anse, de façon à l'isoler à peu près complètement pour qu'elle ne tienne plus que par son adhérence à la paroi abdominale au niveau de la fistule. En isolant cette anse, on se trouve au ras du duodémum; il faut en faire l'isolement avec beaucoup de soin pour ne pas le blesser.

On ferme alors le ventre en prenant toutes les couches de la paroi à la fois et on suture avec de gros fils métalliques.

Il faut maintenant pratiquer l'ablation de l'anse exclue. Pour cela, on circonscrit l'ancienne cicatrice avec les fistules qu'elle porte par une incision ovalaire et on ouvre l'abdomen. En achevant l'isolement de l'anse à enlever, on la déchire légèrement avec les doigts et il s'écoule un peu de matières, sans conséquence d'ailleurs, puisque la grande cavité péritonéale est bien protégée par la mèche. On retire assez rapidement et facilement l'anse malade et l'on attire à la plaie l'extrémité de la mèche iodoformée.

A ce moment on s'aperçoit que des matières fécales arrivent dans la plaie: elles viennent du côté de la paroi abdominale postérieure; le doigt introduit au point d'où sortent les matières s'enfonce dans un trajet creusé dans la paroi même et se poursuivant jusqu'au niveau des lombes. On fait dans la paroi abdominale, au niveau de l'espace costo-iliaque, une contre-ouverture et l'on introduit dans cette poche stercorale un gros drain.

On referme en trois plans la paroi au niveau de l'ancienne cicatrice en laissant toutefois la place de la mèche de drainage qui émerge en ce point.

L'opération a duré deux heures un quart. 1 litre de sérum pendant l'opération.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée mesure 15 centimètres. On y distingue parfaitement la cicatrice de l'ancienne anastomose où l'on ne trouve plus trace des fils. On voit aussi les deux bouts en cœcum où l'on distingue encore des fils de soie. La fistule siège sur le gros intestin. Pas d'ulcérations ni de lésions de la muqueuse intestinale.

Le 18 juin 1902. — Soir de l'opération : 2 litres de sérum. T. 38°4; pouls 112.

Le 19 juin 1902. — T. 38°4 le matin, 37°4 le soir; pouls 104 et 120. 1 litre de sérum. Le soir à cinq heures un vomissement bilieux.

Le 20 juin. — Émission spontanée de gaz. T. 38°8 le matin, 37°,5 le soir. Pouls 108 et 96.

Dans la nuit du 21 au 22 une selle spontanée.

Jusqu'au 26 juin, rien d'anormal qu'une température irrégulière oscillant entre 37° et 39°.

Le 26 juin. — Changement de la mèche ; des matières fécales filtrent dans le pansement. Il existe donc encore une fistule. Les sutures n'ont pas tenu, c'est probablement à cause de la suppuration. Il aurait fallu faire l'anastomose plus loin encore de la fistule et ne pratiquer l'entérectomie que plus tard quand l'anastomose aurait été bien solide.

Du jour où le malade constata la récidive de sa fistule, son moral s'affecta rapidement : il ne mangeait pas, maigrissait, avait de la fièvre, perdait ses forces, enfin le 14 août il voulut absolument quitter l'hôpital ; il mourait de cachexie et d'affaiblissement progressif le 17 septembre.

A noter qu'au cours de la dernière opération, on avait constaté dans le mésentère de nombreux et volumineux ganglions. Peut-être s'agissait-il de récidive néoplasique On avait plutôt pensé que l'on avait affaire à des ganglions inflammatoires en rapport avec l'abcès de la paroi.

OBSERVATION V (inédite).

Par M. le Dr Goullioud.

Cancer du cæcum. — Adhérences intestinales. — Double entérectomie. — Résection large de la tumeur. — Guérison opératoire.

Mlle Joséphine C.., vingt-trois ans, tisseuse en soie, entre dans le service de M. le Dr Goullioud le 9 décembre 1901, se plaignant « d'être anémique et de souffrir dans le ventre ».

Aucun antécédent à signaler que de la conjonctivite scrofuleuse probable dans l'enfance.

C'est il y a huit ou dix mois que la maladie a débuté par une première atteinte de douleurs abdominales rappelant assez bien une crise d'appendicite ; deuxième poussée analogue il y a trois ou quatre mois. Actuellement encore la malade souffre de temps en temps, d'une façon peu intense toutefois, au niveau de la fosse iliaque droite. Depuis quatre mois, en outre, diarrhée chronique, quatre à cinq selles par jour liquides et glaireuses. La malade ne peut pas affirmer y avoir trouvé du sang.

La malade a progressivement pâli et perdu ses forces et son appétit.

A l'examen : ventre légèrement ballonné mais indolore ; on sent d'une façon très nette une masse indurée du volume d'une petite mandarine à deux ou trois travers de doigt au-dessus e au dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cette masse est assez mobile, au point qu'on pense qu'il serait à la rigueur possible qu'il s'agisse d'un rein flottant. On penche plutôt vers l'hypothèse d'une affection intestinale en rapport avec la diarrhée chronique de la malade et sa maigreur.

Grande faiblesse, pâleur extrême des téguments et des muqueuses, souffles anémiques au cœur et dans les vaisseaux du cou. Rien aux poumons. Pas de température.

On met la malade au repos et au régime pour sa diarrhée.

Le 28 janvier 1902. — Il y a plus d'un mois et demi que la malade est dans le service ; elle est toujours très anémiée mais

se sent plus forte, mange mieux, ne souffre à peu pres pas; plus de diarrhée, mais plutôt de la constipation. Cependant la tumeur n'a pas diminué de volume, elle semble avoir plutôt de la tendance à augmenter. On se décide à intervenir ; la malade d'ailleurs insiste pour qu'on l'opère.

Opération le 1er février 1902. — Anesthésie à l'éther puis discontinue au Billroth. Laparotomie latérale au niveau de la tumeur.

On tombe immédiatement sur une tumeur du cœcum que l'on juge opérable. Une anse grêle est adhérente en avant, mais elle paraît trop éloignée de l'extrémité de l'iléon pour que l'on puisse sectionner l'intestin au-dessus d'elle et l'anastomoser avec le côlon au-dessous de la tumeur. M. Goullioud préfère faire une double résection ; il s'est rendu compte ensuite qu'il aurait été plus simple de faire autrement, une seule résection, mais en enlevant 30 à 40 centimètres de plus d'intestin grêle.

On a donc commencé par la résection de l'anse grêle adhérente qui obstruait le champ opératoire.

Rapprochant les anses afférente et efférente de cette anse, on fait d'abord une anastomose latéro-latérale à trois plans de suture. Les anses afférente et efférente sont ensuite sectionnées entre deux pinces de Kocher à entérectomie. En cautérisant du côté de la tumeur, on n'a plus à craindre les contacts des deux bouts y attenant. Du côté de l'anastomose, chacun de ces bouts est fermé en cœcum par trois plans de sutures.

On procède maintenant à une deuxième anastomose pour exclure l'anse qui porte la tumeur. On rapproche pour cela l'extrémité de l'iléon du côlon transverse, anastomose à distance par conséquent. On a agi ici de la même façon que tout à l'heure : d'abord anastomose, puis section de l'intestin et occlusion des bouts, tout à trois plans de suture.

Ces deux anastomoses faites, on isole la tumeur en plaçant progressivement des pinces sur le mésentère et sur le méso-cœcum que l'on résèque à mesure. On enlève ainsi une masse ganglionnaire qui va jusqu'au voisinage du duodénum et que l'on poursuit aussi loin que possible.

La pièce enlevée comprend : 1° le cœcum, siège principal de la tumeur ; 2° tout le côlon ascendant ; 3° la partie terminale de l'iléon ; 4° une grosse masse ganglionnaire, incluse dans le mésentère.



Fig. 2 (inédite). — Cancer du cœcum (obs. V). Pièce entière (vue par sa face antérieure).

Hémostase. Mèche de gaze iodoformee à la place de la tumeur. Occlusion de la paroi à triple étage laissant juste le passage de la mèche de drainage.

L'opération a duré deux heures quarante. L'anesthésie a été tout à fait discontinue au point que la malade répondait aux



Fig. 3 (inédite). — Même pièce (obs. V), après ouverture de l'intestin sur la face postérieure de la pièce.

questions que lui faisait l'externe chargé de l'anesthésie : 800 grammes de sérum pendant l'opération.

Examen de la pièce. — En avant se trouve l'anse grêle adhérente réséquée qui mesure 12 centimètres. La tumeur siège vers l'angle iléo-cœcal ou adhèrent l'extrémité de l'iléon, l'anse signalée plus haut, un large lambeau épiploïque et en arrière l'extrémité de l'appendice.

L'ampoule cœcale est libre. L'appendice paraît sain, son extrémité terminale seule adhère à la tumeur qui siège sur la face interne du cœcum au niveau de l'abouchement de l'iléon. La portion de l'anse iléo-colique réséquée mesure 8 centimètres d'intestin grêle et 12 centimètres de gros intestin, en somme tout le côlon ascendant.

La pièce ouverte sur sa paroi postérieure montre un épaississement fibro-caséeux de la paroi cœcale qui a jusqu'à 3 à 4 centimètres d'épaisseur. L'intestin est comme froncé par rétraction à ce niveau. Il persistait cependant un conduit très irrégulier, anfractueux, mais assez perméable, dans les anfractuosités duquel on trouve des matières fongueuses, putrilagineuses, très fétides.

La valvule iléo-cœcale est méconnaissable.

Le paquet ganglionnaire enlevé comprend quatre ou cinq gros ganglions du volume d'un œuf de pigeon, d'autres plus petits. Ils présentent à la coupe une surface fibro-caséeuse blanchâtre, ils sont donc durs ; l'un cependant plus caséeux s'est déchiré.

Examen histologique. — Cet examen a été fait par M. le Dr Cade, il a porté sur la tumeur et les ganglions.

Pour la tumeur il s'agit nettement d'un épithélioma cylindrique. Entre des travées épaisses de tissu conjonctif fibreux, lâche en quelques points, contenant des vaisseaux à paroi épaissies et par places un peu d'infiltration embryonnaire, apparaissent des tubes tapissés d'épithélium cylindrique. Ces éléments épithéliaux par leur prolifération doublent ou triplent l'épaisseur du revêtement ; en certains points ils forment de véritables amas volumineux et irréguliers.

Quant aux ganglions on se demande s'il ne s'agit pas de sim-

ples fragments de la tumeur principale, on n'y retrouve pas nettement de tissu lymphoïde, il est vrai qu'il existe de larges zones de nécrose. L'envahissement néoplasique, tubes ou amas d'épithélium cylindrique, ressemble absolument à celui de la tumeur.

Dans une deuxième note, M. Cade « affirme à nouveau qu'il s'agit de cancer (épithélioma d'origine glandulaire) ».

Un cobaye inoculé avec une macération d'un fragment de ganglion a malheureusement succombé de septicémie six jours après.

Suites opératoires. — Avant son opération la malade pesait 44 kil. 400; sa température montait à 37°9 ou 38° tous les soirs.

1er février 1902. — Jour de l'opération : 2 litres 1/2 de sérum dont 800 grammes pendant l'opération, trois piqûres de morphine de 1/2 centigramme chacune ; pas de vomissements ; T. = 37°4, pouls = 96 le soir.

2 février 1902. — T. = 37°7 le matin, 38° le soir ; pouls = 120 le matin, 124 le soir. 800 grammes de sérum, 1/2 centigramme de morphine.

Pas de gaz par l'anus, mais pas de vomissements.

Le 3 février. — T. = 37°8 et 38° ; pouls = 112 et 120 ; 1 litre de sérum. Selles spontanées à plusieurs reprises, gaz. Ne souffre pas.

Le 4 février. — Phlébite spontanée du membre inférieur gauche.

Tous les jours suivants la température oscille autour de 38°, mais le pouls est bon à 100. La malade va normalement du ventre. Au sixième jour 10 grammes d'huile de ricin.

Au quatrième jour la malade avait commencé à prendre du lait par cuillerées.

Au dixième jour. — Ablation des fils : réunion parfaite par première intention. Ablation de la mèche d'ailleurs facile. On en met une autre à la place.

Au dix-huitième jour. — La température depuis cinq jours n'a pas dépassé 37°4. L'œdème phlébitique persiste, mais la

malade ne souffre pas. L'appétit est excellent, la malade mange beaucoup plus qu'avant son opération et digère bien. Aujourd'hui nouveau changement de mèche.

1er mars. — L'œdème phlébitique commence à diminuer. La plaie est cicatrisée. La malade suit le régime commun de tous les malades.

24 mars. — L'œdème de la jambe ayant disparu, la malade commence à marcher ; elle porte un bas élastique. Elle a pris 5 kilos depuis l'opération. Quitte l'hôpital.

12 mai. — Vient se montrer. A pris 14 kilos. Ne souffre pas, a bon appétit et bonne mine. On sent une petite induration à trois ou quarts de travers de doigt au-dessus de l'ombilic, probablement cicatricielle (il ne faut pas oublier en effet qu'il y a deux anastomoses par sutures et quatre occlusions en cœcum par sutures, toutes ces sutures étant à trois plans).

10 novembre. — Revient ayant maigri d'une façon très sensible. Grosse masse de récidive à l'épigastre, adhérente au point de la cicatrice où était le Mikulicz. La masse est volumineuse comme deux poings, qui seraient placés, l'un transversalement à l'épigastre, l'autre descendant à droite formant équerre avec le premier.

Dureté ligneuse. On pense qu'il s'agit d'une récidive ganglionnaire. Pas de troubles de la circulation intestinale, soit que la récidive ne siège pas sur l'intestin, soit que l'entéro-anastomose à distance ait prévenu le retour des phénomènes d'obstruction.

Malade ayant maigri, mais n'ayant plus la pâleur de jadis.

Rien aux poumons.

OBSERVATION VI (inédite).

M. le Dr Goullioud.

Tuberculose du cœcum. — Sténose. — Résection iléo-cœcale. — Petite plaie du duodénnm. — Guérison. — Tuberculose pulmonaire ultérieure.

Anna Ch..., vingt-huit ans, religieuse, demeurant à Chénas (Rhône), entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 mars 1902, se plai-

gnant de douleur dans la fosse iliaque droite avec tumeur à ce niveau.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux importants à signaler.

Personnellement, n'a jamais été d'une forte santé, mais n'a jamais non plus été gravement malade. Depuis son entrée au couvent à seize ans, il y a douze ans, a souffert de phénomènes d'anémie. a eu quelques maux d'estomac et, il y a deux ou trois ans, deux bronchites. A ce moment, son médecin lui aurait dit que son poumon droit était suspect de tuberculose.

Depuis plusieurs années déjà, la malade ressent des douleurs abdominales sourdes, passagères, intermittentes ; elle a eu des périodes de diarrhée; mais c'est depuis six mois surtout que ses douleurs se sont localisées à la fosse iliaque droite, d'une façon particulière. Depuis quelque temps, en outre, il existe une tuméfaction à ce niveau.

Actuellement souffre tous les jours, mais par intermittence, toujours dans le côté droit. Au moment des douleurs, elle sent parfois comme une boule se former, parfois aussi des gargouillements se produire, puis à mesure que ces phénomènes disparaissent, la douleur elle aussi disparaît progressivement. La malade n'a pas remarqué que ces douleurs aient un rapport quelconque avec ses repas ou avec les aliments qu'elle prend.

A l'examen de l'abdomen la palpation révèle une tumeur dure allongée obliquement le long de l'arcade crurale depuis l'épine iliaque jusqu'à la symphyse, de la grosseur d'un poignet, un peu douloureuse et mate ; tout le reste de l'abdomen est sonore; l'estomac ne semble pas distendu. La tumeur est peu mobile mais ne semble avoir aucune adhérence avec le squelette.

Pendant qu'on a la main à plat sur la tumeur, on sent l'intestin se gonfler à son niveau ; il se produit un ballonnement local et la malade à ce moment accuse une douleur assez vive ; au bout d'un instant, douleur et ballonnement disparaissent tandis qu'on entend un gargouillement. Il existe sur le cœcum ou à la partie terminale de l'iléon une poche sonore, tympanique; sonorité moindre dans les fosses iliaques. Il y a probablement

un rétrécissement organique sur le cœcum ou peut-être le côlon ascendant.

Rien au cœur ; pouls à 96.

Rien d'appréciable aux poumons, sauf au sommet droit, en avant, où il existe de la submatité et de l'obscurité de la respiration. Pas de râles ni de craquements.

La température oscille autour de 38°.

Urines normales.

1er avril 1902. — Souffre d'une façon assez intense et presque continuellement. Quelques vomissements, surtout quand la malade prend du lait. Anorexie complète, diarrhée continuelle ; la tumeur devient de plus en plus douloureuse au palper. Le toucher vaginal n'indique rien, pas plus que le toucher rectal.

2 avril 1902. — Anesthésie à l'éther d'abord, puis discontinue au Billroth. Incision latérale au niveau de la tumeur légèrement oblique en bas et en dedans. La portion terminale de l'iléon est très distendue et à son union avec le cœcum on sent une masse dure ; on sent aussi de gros ganglions indurés dans le méso. — Entéro-anastomose entre l'intestin grêle au-dessus du segment distendu et le côlon ascendant par adossement latéral avec les trois plans de suture babituels à la soie. Puis entre deux longues pinces de Kocher, section aux ciseaux de l'intestin aux deux extrémités de la portion malade immédiatement en dehors de l'anastomose iléo-colique que l'on vient de faire. Cautérisation au thermo (dans un but aseptique) de la surface intestinale des deux extrémités de l'anse ainsi isolée ; les deux extrémités saines sont fermées en cœcum par un triple surjet à la soie. On sectionne progressivement ensuite entre des pinces étagées sur toute la longueur le méso de l'anse à réséquer dans lequel on trouve quelques gros ganglions ; ligature de ces pinces au Repin. Pendant une ligature sur un point du mésentère correspondant au niveau du duodénum, on reconnaît sur celui-ci que le coup de ciseaux sur le lambeau mésentérique a blessé le duodénum. La muqueuse ferme le petit orifice en faisant hernie. On fait sur la plaie du duodénum, qui étalée a 7 ou 8 millimètres, une double suture (type Jaboulay).

Pendant l'opération, 500 grammes de sérum.

Dans la soirée 1 centig. 1/2 de morphine et 500 grammes de serum. Le soir, T. 37° ; pouls 96.



Fig. 4 (inedite). — Tuberculôme iléo-cœcal (obs. VI), pièce entière vue par sa face antérieure.

3 avril. — 1 litre de sérum, 1 centigramme de morphine. T. 37°6 le matin, 38°1 le soir ; pouls 104 et 120.

5 avril. — Selle spontanée. Pas de température. Pouls à 112.

A partir de ce jour, suites simples. Souffre beaucoup moins qu'avant l'opération, a meilleur facies.

8 avril. — Commence à manger.

11 avril. — Ablation des fils métalliques, réunion parfaite. On enlève aussi la mèche. Pas de suppuration. On replace une toute petite mèche dans le trajet. S'est levée quelques instants aujourd'hui.

28 avril. — Se lève une grande partie de la journée. Ne souffre plus du tout. Est au régime commun des malades, mangeant absolument de tout. Tous les jours selle spontanée.

Plus de clapotage intestinal.

15 mai. — Aujourd'hui pèse 35 kilos, 2 de plus que le 20 mars, c'est-à-dire douze jours avant l'opération, laquelle date d'un mois et demi.

Pendant ces douze jours qui ont précédé l'opération, la malade ne mangeant absolument rien a certainement maigri encore. Elle a donc certainement depuis son opération pris plus de 2 kilos.

Examen histologique (dû à M. le Dr Cade). — « Il s'agit certainement d'une lésion inflammatoire : il y a un épaississement très marqué de la paroi intestinale et disparition à peu près complète de la muqueuse. La sous-muqueuse est entièrement infitrée de cellules rondes inflammatoires ou embryonnaires. Au niveau de l'ulcération, le fond de celle-ci est constitué par ce tissu d'inflammation. Le muscle est infiltré aussi par les mêmes éléments, qui en certains points forment de petits îots arrondis, et ailleurs constituent seulement des traînées d'épaisseur variable entre les faisceaux musculaires. Il y a aussi épaississement très marqué du tissu graisseux sous-péritonéal, et par places, infiltration inflammatoire du tissu sous-séreux. Les vaisseaux sont nombreux, certains sont thrombosés. Je n'ai pu voir nulle part de cellule géante nette.

« En certains points, les cellules embryonnaires paraissent en voie de dégénérescence, mais il n'y a pas de caséification bien marquée cependant. En somme, lésions inflammatoires du cœcum. Il est très probable qu'il s'agit de tuberculose, bien

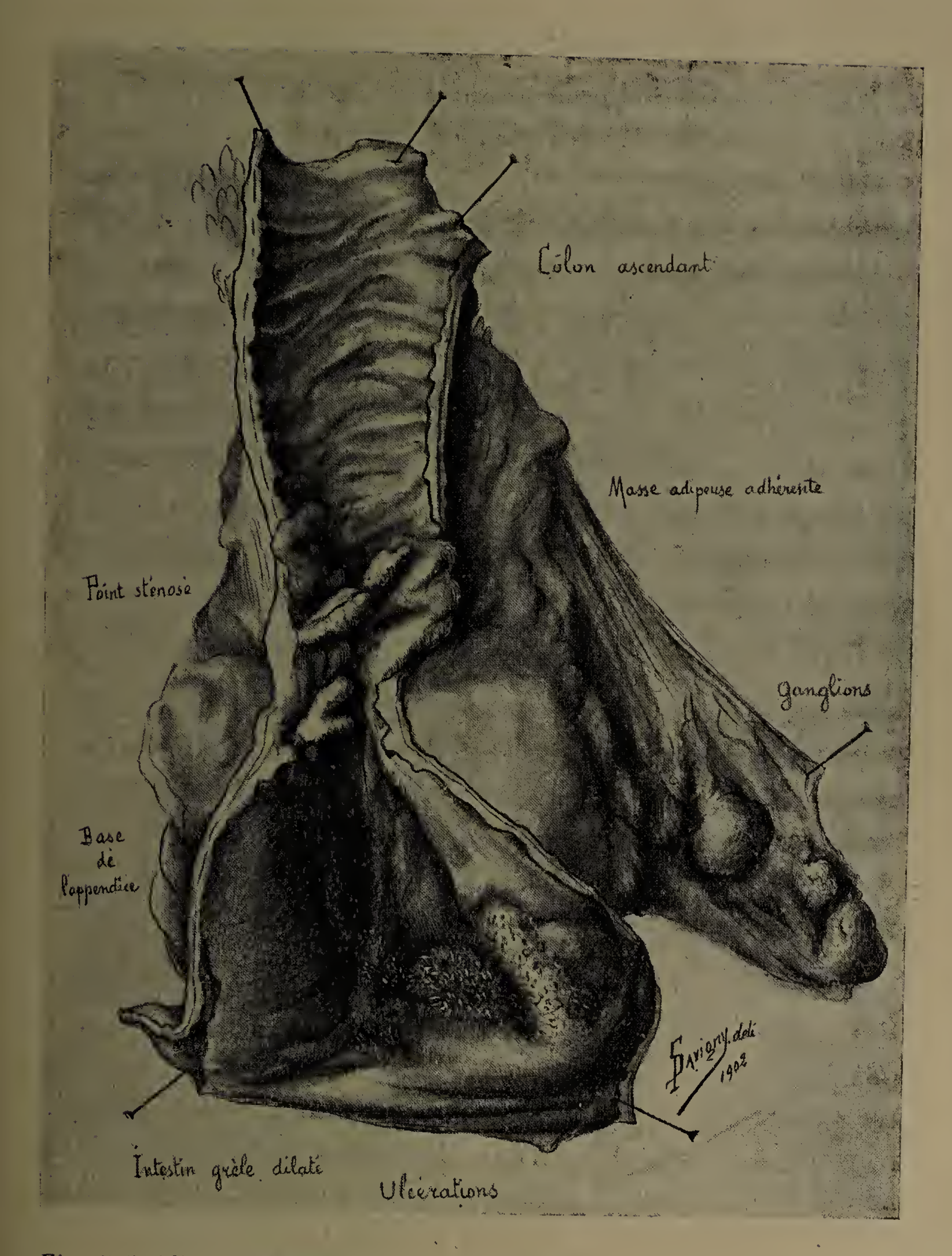


Fig. 5 (inédite). — Même pièce (obs. VI) après ouverture de l'intestin sur sa paroi antérieure.

que nous n'en ayons pas de preuve absolue en raison du manque de cellules géantes et de l'absence de préparations bactériologiques. »

Examen bactériologique (dû à M. Mérieux). — « Un cobaye a été inoculé. Il présente le 17 mai (un mois et demi après l'inoculation) une hypertrophie ganglionnaire très marquée, on le sacrifie et à son autopsie on trouve des ganglions volumineux, caséeux, où l'on retrouve le bacille de Koch en grande abondance. »

7 novembre 1902. — On a aujourd'hui des nouvelles de la malade qui s'est bien portée pendant tout l'été, a repris de l'embonpoint et a vu disparaître complètement ses troubles digestifs. Elle s'est mis à tousser et à maigrir depuis quelques mois et maintenant elle est à la période ultime de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VII (inédite)

M. le Dr Goullioud

Tuberculose du cœcum fistuleuse avec troubles digestifs datant de dix ans. Entérectomie. Guérison.

Marie P..., vingt-neuf ans, religieuse, demeurant à Sainte-Blandine (Isère), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 27 mars 1902.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

La malade dit s'être bien portée jusqu'à quinze ans, époque de son entrée au couvent. L'année suivante, elle accuse les premières manifestations de sa maladie actuelle, manifestations d'abord passagères entrecoupées de longs intervalles de santé, puis à peu près permanentes. Elle prend d'abord la « fièvre muqueuse », reste malade un mois, ne se souvient aujourd'hui ni des symptômes éprouvés, ni du traitement appliqué. L'année suivante, nouvelle « fièvre muqueuse », met cette fois quatre ou cinq mois à se rétablir. Les années suivantes, commence à éprouver quelques troubles digestifs : constipation, digestions pénibles et difficiles, enfin localisation de la douleur

et empâtement au niveau de la fosse iliaque droite. A cette époque, il y a huit ou dix ans, un chirurgien de Grenoble lui ouvre un gros abcès de la région crurale. « Abcès très curieux » aurait dit le chirurgien qui s'étonna beaucoup de n'avoir pas trouvé de lésions osseuses et de ne voir pas de claudication consécutive. Les incisions de cet abcès se sont fermées, comme en témoignent les cicatrices que l'on voit au-dessus, au-dessous et au niveau de l'arcade crurale droite. Cependant deux fistules ont toujours persisté et laissent actuellement encore suinter un peu de liquide séro-purulent en quantité plus ou moins considérable suivant les jours. Néanmoins, la malade a toujours continué à faire sa classe et à vaquer à peu près à toutes ses occupations; ce n'est que de loin en loin que des phénomènes aigus l'obligent à quelque temps de repos.

Depuis quelques mois toutefois, l'appétit qui n'avait jamais été très bon a diminué encore, la malade a beaucoup maigri, s'est mis à souffrir davantage, enfin depuis quelques jours, paraît-il, elle vomit tout ce qu'elle prend, même le lait.

A l'examen cependant, bien que maigre et pâle, la malade n'a pas l'aspect cachectique; elle indique immédiatement comme siège de son mal, la fosse iliaque droite. Avec les cicatrices dont nous avons parlé et les deux fistulettes situées au-dessus de l'arcade, on sent à la palpation de la région une tuméfaction de la grosseur d'un poing, à limites un peu vagues, peu mobile, peut-être même un peu adhérente en certains points au squelette du bassin. L'une des fistules avec la peau qui la porte est mobile sur la tumeur, l'autre lui est adhérente. La tumeur est ferme sans être d'une dureté ligneuse; elle n'est pas très lisse, mais n'est pas non plus sensiblement bosselée; la palpation en est modérément douloureuse.

La malade raconte que par moments son ventre se ballonne, la suppuration diminue ou s'arrête, des coliques avec mouvements intestinaux et borborygmes apparaissent; il ne semble pas que ce soit plus particulièrement pendant ces crises que se produisent les vomissements. La fin de la crise douloureuse est marquée par une recrudescence de la suppuration.

Constipation assez accentuée depuis des années.

Rien d'anormal du côté des autres organes abdominaux.

Rien d'appréciable aux poumons. Dit bien n'avoir jamais toussé, est très affirmative sur ce point, sur lequel ont insisté tous les médecins qui ont vu la malade.

Amaigrissement assez considérable, appétit nul, vomissements.

Rien au cœur.

Température oscillant autour de 38°.

Urines normales.

Poids : 45 kilogr.

3 avril 1902. — Depuis son entrée à l'hôpital garde le repos complet au lit, souffre beaucoup moins, commence à manger un peu, même de la viande, sans vomir.

22 avril. — Bon état général, ne souffre plus, mais réclame instamment une intervention, car, dit-elle, depuis huit ou dix ans c'est toujours la même chose, elle guérit (sans toutefois que les fistules cessent de suppurer) pendant quelques mois pour retomber ensuite. Elle espère qu'une opération la débarrassera d'une façon définitive. M. Goullioud cède à ses intances.

25 avril. — Anesthésie à l'éther. Incision triangulaire autour de la cicatrice fistuleuse, la fistule est explorée au stylet qui se dirige très loin du côté de la crête iliaque. On pense qu'il s'agit d'une tuberculose osseuse dont le point de départ doit être très profond et l'on se contente après ablation du tissu cicatriciel de mettre un drain dans le trajet fistuleux.

28 avril. — Le pansement est rempli de matières fécales ; l'orifice fistuleux aboutit donc à l'intestin.

27 mai. — La fistule à peu près bouchée ne laisse plus suinter qu'un peu de liquide. La plaie est à peu près cicatrisée. État général excellent, mange bien, ne souffre pas.

15 juin. — Il ne reste plus de la plaie qu'un point de la grosseur d'une tête d'épingle. Toujours très bon état général, mais comme la tumeur persiste on décide d'intervenir de nouveau.

17 juin. — Anesthésie à l'éther, puis discontinue au Billroth.

Incision curviligne à concavité supéro-interne parallèle à l'ancienne cicatrice et un peu en dedans d'elle, au niveau de la tumeur, incision de 20 centimètres. Les plans de la paroi sont confondus en un tissu lardacé, scléreux. La tumeur siège sur le cœcum; elle est adhérente à la peau. On commence par faire une anastomose latérale en canons de fusil entre le côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon, anastomose par trois plans de sutures à la soie en surjet. Puis section entre deux longues pinces de Kocher de l'iléon au-dessus de la tumeur, à 2 centimètres à peine de l'anastomose. Cautérisation au thermo du bout attenant à la tumeur ; fermeture de l'autre bout en cœcum en trois plans à la soie, en surjet. Même opération sur le côlon tout près aussi de l'anastomose.

Cela fait, section progressive entre des pinces étagées du méso du segment intestinal porteur de la tumeur. Ligature des pédicules mésentériques ainsi formés au Repin avec ou sans transfixion suivant leur volume.

L'anse iléo-cœcale malade est enfin libre du côté du ventre ; elle n'est plus retenue que par son adhérence à la paroi. On la dégage complètement en faisant l'excision de la portion de tégument où venait s'ouvrir la fistule intestinale. Un point à la soie sur le mésentère ferme en partie l'excision qu'on en a pratiquée dans le but de prévenir un étranglement interne ultérieur.

On place une mèche de gaze iodoformée entre l'intestin et la paroi de la fosse iliaque.

Fermeture de l'abdomen en trois plans.

Examen de la pièce. — L'anse réséquée a 21 centimètres de long ; elle comprend 9 centimètres d'intestin grêle et 13 centimètres de gros intestin. Avec le doigt introduit dans l'iléon, on sent à 2 ou 3 centimètres de la section un point rétréci qui laisse passer le doigt, puis une petite ampoule et enfin un deuxième rétrécissement, laissant à peine passer le bout du petit doigt. Dans le gros intestin, à quelques centimètres de la section, on sent aussi un rétrécissement qui laisse passer le doigt.

La pièce ouverte, on constate sur le côlon ascendant, à 8 cen-

timètres environ de l'ampoule cœcale, une ulcération transversale, en bracelet, rouge sombre, légèrement tomenteuse, à bords irréguliers, taillés à pic. Elle occupe tout le pourtour de l'intestin, sa largeur varie entre 1 et 2 centimètres. Au delà de cette ulcération, la muqueuse colique paraît saine. En deçà, elle présente des villosités ayant l'aspect de grains de riz cuits.

Le cœcum est réduit à une petite ampoule qui admet à peu près la phalange unguéale du médius, la muqueuse en paraît saine, mais les parois en sont excessivement épaissies surtout en certains points et surtout au niveau de l'abouchement de l'iléon, point central de la tumeur. Sur la face externe de la paroi cœcale, il semble bien que l'on distingue l'appendice, mais il est enveloppé d'une épaisse atmosphère graisseuse.

C'est donc au niveau de l'abouchement iléo-cœcal que siège la tumeur caractérisée macroscopiquement par un épaississement considérable des parois qui ont une consistance dure, fibreuse et un aspect légèrement diaphane, L'épaississement semble porter surtout sur la sous-muqueuse. On ne distingue plus la valvule.

Examen histologique (dû à M. Mérieux):

1° Fragment de paroi intestinale : « Lésions tuberculeuses très nettes, la paroi est épaissie ; dans les différentes couches, on note de l'infiltration par de petites cellules. Ces amas inflammatoires sont surtout abondants dans la sous-muqueuse et dans l'épaisseur du muscle où ils constituent de véritables tubercules. Il y a des cellules géantes nettes et par places un début de caséification. A ce niveau la muqueuse est bien conservée. »

2° Ulcération intestinale. « Au niveau de l'ulcération, la paroi est très amincie, on ne reconnaît plus les éléments de la paroi intestinale, il y a seulement du tissu connectif et beaucoup de graisse. Les vaisseaux sont pour la plupart entourés d'une auréole inflammatoire : petits nodules péri-vasculaires. Certains vaisseaux sont thrombosés. »

3° Ganglions mésentériques. « Ils sont nettement tuberculeux. nombreux tubercules avec cellules géantes, caséification très nette. »

« En somme, tuberculose intestinale et ganglionnaire. »

Suites opératoires. — Simples. Pendant les trois premiers jours, deux litres de sérum et deux piqûres de morphine par jour une seule fois, le lendemain de l'opération, la température est montée à 39° et le pouls à 120. Le quatrième jour, 10 grammes d'huile de ricin ont provoqué plusieurs selles. Le neuvième jour ablation des fils et de la mèche.

1er juillet. — Est au régime commun, mange de tout et digère bien, en particulier le mouton et les pommes de terre qui avaient toujours particulièrement fatigué la malade. Bon appétit, selles régulières.

30 juillet. — Quitte l'hôpital complètement cicatrisée et parfaitement guérie, a pris 6 kilos.

25 septembre. — Lettre de la malade : « Je n'ai que d'excellentes nouvelles à vous donner, je jouis d'un bon sommeil et d'un bon appétit, je digère tout très facilement, tomates et oseille ne me fatiguent plus ; je ne souffre pas du tout ; je me sens encore un peu faible, des jambes en particulier, cependant mes forces reviennent même très vite et avec elles mon embonpoint : j'ai pris 7 kilos depuis ma sortie de l'hôpital. »

La malade, qui pesait 45 kilos avant son opération, en pèse maintenant 58.

OBSERVATION VIII (inédite).

M. le Dr Goullioud.

Tuberculose du cœcum. — Obstruction intestinale. — Entérectomie. — Guérison.

Jean-Joseph B..., quarante-quatre ans, cultivateur, demeurant à Thuellin (Isère), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 16 juin 1902, se plaignant de douleurs dans le ventre pendant la digestion.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Marié à vingt-six ans, il y a dix-huit ans, un enfant de onze ans bien portant. Sa femme est bien portante et n'a jamais eu de fausse couche.

Il a fait cinq ans de service militaire et pendant ce temps a eu une blénnorrhagie et du paludisme, bien qu'il ait toujours été en France (Valence). Le malade actuellement reprend encore de temps en temps des accès de paludisme.

Il y a six ans, a eu une affection abdominale qualifiée de « typhlite » par un médecin : il a été pris très brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; elle dura deux jours à l'état très aigu, puis est allée en diminuant. Le malade a continué à souffrir un peu pendant plusieurs mois, enfin il a pris de la diarrhée qui dura pendant un mois. Depuis cette époque, il souffre de temps en temps, deux ou trois fois par an, de douleurs abdominales ; mais voilà un mois et demi que les crises sont continuelles.

C'est plusieurs heures après son repas que le malade commence à souffrir ; il ne sait pas bien préciser le point de l'abdomen où commence la douleur ; en tous cas, celle-ci est violente, consiste en coliques qui s'accompagnent de météorisme, de gargouillements, de mouvements péristaltiques, etc. Les coliques disparaissent au moment où se produisent les gargouillements.

A l'examen, on sent à la palpation de l'abdomen une tumeur dure, peu douloureuse, à limites peu précises, située au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tout l'abdomen est sonore ; en certains points, qui d'ailleurs ne sont pas toujours les mêmes, on a à la percussion un bruit hydroaérique. — Périodes plus ou moins longues de diarrhée ; jamais de sang dans les selles.

Rien au poumons ni au cœur, pouls normal à 60. Très bon état général. Température et urines normales, 60 kilos.

19 juin 1902. — Opération. — Anesthésie éther, puis discontinue au Billroth sans incidents. — Incision comme celle de Roux pour l'appendicite mais plus longue ; à l'ouverture de l'abdomen, un peu d'ascite. On sent une grosse tumeur au niveau du cœcum. Le gros intestin est peu mobile et assez difficile à attirer hors de la plaie. Le grêle au contraire, distendu et épaissi, se laisse très facilement sortir du ventre.

On fait d'abord une anastomose entre l'anse grêle sus-cœcale distendue et le côlon ascendant, anastomose en surjet à trois plans à la soie fine. A 3 centimètres environ de l'anastomose, section du grêle entre deux longues pinces de Kocher ; cautérisation au thermo du bout de l'anse à enlever. L'autre bout est fermé en cœcum par un triple surjet à la soie fine. Même section au niveau du gros intestin dont les deux bouts sont traités de la même façon. Mais là l'opération est plus difficile, le gros intestin étant très adhérent à la paroi de la fosse iliaque par un péritoine épaissi ; il est très difficile de le sortir de l'abdomen.

Section entre des pinces étagées du méso de l'anse iléo-cœcale à enlever ; on est obligé pour cela d'exciser une partie du péritoine épaissi de la fosse iliaque qui retient le gros intestin ; enfin la tumeur est dégagée.

On place dans la plaie une grosse mèche iodoformée et l'on suture la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — Elle mesure 38 centimètres dont 8 centimètres sur l'intestin grêle et 30 centimètres sur le gros intestin ; cette dernière portion est recourbée en crosse et ne mesure 30 centimètres qu'une fois étalée.

Le doigt introduit dans l'intestin grêle est arrêté à l'orifice iléo-cœcal ; à ce niveau le calibre intestinal est réduit aux dimensions d'un crayon de moyen volume. Le défilé est long de 3 centimètres. L'intestin ouvert, on ne constate sur le gros intestin rien d'anormal, sauf au niveau de sa portion tout à fait initial, c'est-à-dire immédiatement après le rétrécissement quelques franges hypertrophiées de la muqueuse.

Les lésions portent surtout sur le cœcum lui-même et sur l'orifice iléo-cœcal. A ce niveau la paroi intestinale mesure au moins 2 cent. 1/2 à 3 centimètres d'épaisseur; le tissu en est dur, scléreux, lardacé. Le cul-de-sac cœcal n'existe pour ainsi dire plus. Sur la face externe de la paroi on voit un boyau de la grosseur du pouce, soudé à cette paroi et qui est l'appendice ; lui aussi présente des parois d'une épaisseur extraordinaire. La lumière en est excessivement étroite ; à l'ouverture, la muqueuse paraît macroscopiquement normale.

La portion d'intestin grêle réséquée est très épaissie aussi, un tiers de centimètre environ d'épaisseur, elle est en outre dilatée. Au niveau de sa portion tout à fait terminale, immédiatement avant le rétrécissement on trouve sur la muqueuse trois petites ulcérations à fond inégal, rougeâtre, à bords irréguliers, non suppurantes ; elles ont à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Examen histologique (dû à M. Mérieux). — Fragment de la tumeur : « il ne s'agit pas d'une tumeur au sens propre ; la paroi très épaisse présente une infiltration abondante de petites cellules qui paraissent être des éléments inflammatoires ; elles sont diffusément réparties ; on trouve cette infiltration dans les diverses couches de la paroi. Je n'ai pas trouvé de cellules géantes, mais j'ai rencontré des zones en voie de nécrose ou de caséification. Les vaisseaux sont très abondants et remplis de sang. Les glandes présentent peut-être un peu d'hyperplasie ; en tous cas je ne crois pas qu'il s'agisse d'une tumeur épithéliale. Il s'agit d'une tuméfaction inflammatoire subaiguë, probablement de nature tuberculeuse. L'absence de cellules géantes et de tubercules nets ne permet pas cependant d'affirmer la tuberculose d'une façon absolue. »

Ganglions : « Ganglions légèrement enflammés, mais je n'ai vu ni tubercules, ni caséification.

« En somme, tuberculose probable. »

Suites opératoires très simples ; le jour de l'opération 3 litres de sérum, deux piqûres de morphine. Le cinquième jour, 10 grammes d'huile de ricin provoquent une selle. La température n'a jamais dépassé 37°7. Le maximum du pouls a été 80. Le neuvième jour, ablation des fils et de la mèche.

1er juillet 1902. — Mange absolument de tout ; très bon appétit.

27 juillet 1902. — Quitte l'hôpital ; a pris deux kilos depuis son opération.

20 septembre 1902. — Le malade vient se présenter ; il va très bien à tous les points de vue ; a pris 10 kilos depuis sa sortie. Mange de tout. Va à la selle régulièrement. Travaille. Pas d'éventration.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard.

Cancer du cæcum considéré cliniquement comme tuberculose. — Entéro-anastomose. — Entérectomie secondaire. — Examen histologique attestant la nature épithéliomateuse de la tumeur.

Mlle Rose P..., trente ans, née et habitant à Morez (Jura), entre à la Charité le 1er août 1902 pour une tumeur de la fosse iliaque droite s'accompagnant de douleur et de diarrhée.

On ne relève aucun antécédent héréditaire ou consanguin à signaler.

Personnellement, la malade n'a jamais eu d'autre maladie que la fièvre typhoïde à l'âge de dix ans. Elle est célibataire et vierge.

Il y a cinq mois, brusquement, à la suite d'un repas de fête, la malade est prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnèrent de diarrhée, déterminèrent un état nauséeux et quelques vomissements. Au bout de quatre ou cinq jours, tout rentra dans l'ordre. Trois semaines après, nouvelle crise mais sans vomissements. Amaigrissement sensible (4 kilos en deux mois) et diarrhée persistante. Depuis lors, la malade se plaint d'une douleur sourde, à peu près continuelle, accompagnée de coliques sans qu'il y ait actuellement de diarrhée, de nausées et de vomissements.

A la palpation de l'abdomen, on sent dans l'hypocondre droit une masse arrondie empâtée située à peu près au point de Mac Burney ou un peu plus bas.

A l'auscultation : sommets suspects. Le sommet droit surtout paraît un peu induré. Petits râles secs constants.

Au toucher vaginal, on sent à droite une masse ronde, pas très volumineuse, assez haut située, bien limitée.

4 août 1902. — Intervention. — M Bérard aborde le cæcum par l'incision de Jalaguier. La malade est en mauvais état

général, aussi M. Bérard est-il décidé à pratiquer l'intervention minima et cependant nécessaire.

Sur la face antérieure du cœcum se trouve un noyau qui s'infiltre dans la paroi et se prolonge en bas et en dedans jusqu'au niveau de l'appendice qui paraît un peu gros.

Cœcum et iléon étant attirés au dehors, on anastomose latéralement au moyen du bouton de Murphy le côlon ascendant avec la portion terminale de l'iléon à 10 centimètres du cœcum.

Une petite mèche est placée sur l'intestin.

Suture du reste de la paroi à deux plans, catgut et crin.

16 août. — La malade s'alimente bien; les suites opératoires paraissent devoir être très simples.

2 septembre. — La malade part en parfait état au point de vue opératoire; elle n'a pas encore rejeté son bouton.

27 octobre. — Rentre à l'hôpital : a eu un abcès dans sa ligne de suture; mais va bien maintenant. Dit ne pas souffrir, avoir engraissé, avoir bon appétit, pas de diarrhée.

M. Bérard n'a pas fait d'entérectomie à cause de l'état général de la malade qui était peu propre à une intervention abdominale de longue haleine et à cause de la forme fibreuse plutôt que caséeuse de la lésion.

Depuis l'opération, la tumeur a diminué de plus de moitié, néanmoins M. Bérard se propose d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de faire une entérectomie.

9 décembre 1902. — M. le professeur agrégé Bérard nous apprend aujourd'hui qu'il a fait une entérectomie. Celle-ci a été très pénible et n'a pu être faite d'une façon typique; la tumeur en effet était excessivement fixée et adhérente aux parois externe et antérieure de la fosse iliaque. L'anastomose avait été faite à environ 15 centimètres de part et d'autre de la tumeur. Pour l'entérectomie, comme le point le plus libre de la tumeur se trouvait au niveau de l'iléon on a commencé par couper celui-ci à 4 ou 5 centimètres de sa terminaison : le bout sain a été fermé en cœcum par un surjet séro-musculaire à la soie enfoui sous un surjet séro-séreux. La tumeur a été ensuite décollée de dedans en dehors et de bas en haut; c'est ce temps qui a été pénible et

difficile à cause des adhérences; puis le côlon a été coupé à quelques centimètres de l'anastomose, la tumeur était enlevée; on a fait ensuite une recoupe sur le côlon de 3 ou 4 centimètres pour être en tissu sain ; ce côlon a été ensuite fermé en cœcum de la même façon que l'iléon.

Un drain dans la plaie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires simples marquées seulement par une poussé d'ictère due à une crise de coliques hépatiques très nette et à un peu de réaction du côté de la base pleurale droite. A signaler aussi une fistulette purulente due probablement à la suppuration d'un des fils de soie de l'intestin.

Aujourd'hui, 9 décembre 1902, la malade va bien.

Examen histologique, dû à M. le professeur agrégé Paviot. « Appendice : sur les coupes, offre en surface un grand développement des vaisseaux sous-séreux, des végétations fibreuses ou fibroïdes en surface dans lesquelles pénètrent des néocapillaires. Le reste de la paroi est très scléreux, remanié, les follicules disloqués, une nappe granuleuse sombre recouvre la couche des glandes qui sont à peu près intactes. Toutefois, nulle part de tuberculose. »

« Cœcum : sur les coupes, toutes les tuniques du cœcum sont parsemées et écartées par les tubes ou les nappes d'un *épithélioma intestinal du type cylindrique* non douteux. Pas de tuberculose. »

OBSERVATION X (inédite)

M. le Dr Goullioud.

Tuberclose du cœcum. — Entérectomie . — Sphacèle intestinal. — Fistule. — Guérison.

Mme R. Philomène C..., trente-six ans, veloutière à Chamagnieu (Isère), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 mai 1902, envoyée par le Dr O... avec le diagnostic probable d'appendicite.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux à signaler. Mariée à vingt-deux ans, il y a quatorze ans = mari bien portant ; deux enfants de douze ans et neuf ans bien portants.

Pas de fausse couche. Réglée à quinze ans toujours régulièrement. Pas de maladies antérieures.

Il y a sept ou huit mois a commencé à souffrir de temps en temps de douleurs abdominales, sous forme de coliques, surtout du côté droit. « Ça lui roulait dans le ventre », dit-elle. Ces phénomènes survenaient par intermittence. La malade était habituellement constipée. Depuis cette époque est faible et ne mange pas, souffre de l'estomac, etc., etc.

C'est il y a sept jours que la malade a de nouveau ressenti assez brusquement des douleurs dans la fosse iliaque droite qui l'ont obligée à se coucher. Le ventre était ballonné, « il criait » dit-elle. Le médecin « lui faisait dégonfler son côté droit à mesure qu'il appuyait dessus avec le doigt ». Maintenant la malade souffre modérément : elle a des borborygmes que l'on entend à plusieurs reprises pendant l'examen. L'examen du ventre montre d'abord un empâtement général de tout le côté droit au-dessous de l'omblic. Après avoir palpé pendant un moment la fosse iliaque et senti sous la main des gargouillements très nets la région se dégonfle. On sent alors, non pas dans la fosse iliaque mais plus haut au-dessus et en dedans de l'épine iliaque, une tumeur dure, fixe, à limites pas très nettes, un peu sensible à la palpation, du volume d'un gros œuf, un peu bosselée.

Rien d'anormal au toucher vaginal ou rectal.

Présente au point de vue digestif des phénomènes d'obstruction chronique intestinale : constipation, nausées, envies de vomir fréquentes dès qu'elle a mangé, ballonnement du ventre, mouvements péristaltiques, coliques qui disparaissent quand surviennent les gargouillements. La malade n'a jamais vomi.

Rien au cœur ni aux poumons; pouls à 96.

Température et urines normales.

On admet comme probable le diagnostic d'appendicite, on renvoie la malade lui conseillant de revenir dans deux mois se faire opérer.

7 juillet 1902. — Rentre de nouveau se plaignant toujours de mal digérer et de souffrir dans le ventre, cependant l'état

général n'est pas mauvais. On sent toujours la petite tumeur un peu plus grosse qu'une noix. La malade dit toujours que parfois son côté droit se gonfle et se dégonfle avec des mouvements péristaltiques et des borborygmes ; les coliques disparaissent alors.

Ces phénomènes toutefois se produiraient moins souvent qu'il y a quelques mois. L'appétit est bon, l'état général satisfaisant. En raison de l'incertitude du diagnostic, de l'état général satisfaisant et aussi de la chaleur on conseille à la malade de se rentourner pour revenir en septembre.

10 novembre 1902. — Rentre de nouveau se plaignant toujours d'affaiblissement général et de troubles digestifs.

A l'examen, au niveau de la fosse iliaque droite, par moments formation d'une voussure qui disparaît bientôt après avec un bruit de gargouillement. Bruit hydroaérique à la percussion. A la palpation on sent l'intestin se contracter sous la main au moment où se forme la voussure. Après, quand la fosse iliaque est affaissée, on sent une tumeur petite, dure, mobile, non douloureuse. Il existe certainement un rétrécissement sur l'intestin au niveau de la fosse iliaque.

Douleurs modérées provoquées par l'ingestion de tous les aliments non liquides, même la purée de petits pois. Cependant, ni vomissements, ni constipation. Pas de fièvre, mais affaiblissement progressif.

La malade cependant est encore en un état relativement bon et peut très bien supporter un shock opératoire important. On décide l'intervention pour le 14 novembre. D'ici là, alimentation exclusivement liquide, 15 grammes d'huile de ricin et lavement.

14 novembre 1902. — Anesthésie éther, puis discontinue au Billroth : la malade est restée sans anesthésie pendant presque toute la durée de l'opération. Laparotomie verticale de 30 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite.

On tombe immédiatement sur la tumeur qui siège au niveau du cœcum et sur une poche intestinale dilatée formée par la portion terminale de l'iléon.

On établit d'abord une anastomose latéro-latérale à trois plans de sutures (séro-séreux, séro-musculaire et muco-muqueux) à

la soie fine en surjet entre le côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon.

On coupe aux ciseaux entre deux pinces de Kocher les deux extrémités de l'anse à enlever, à deux centimètres environ de l'anastomose. On thermo-cautérise les deux bouts de l'anse à enlever et l'on ferme en cœcum, en trois plans, à la soie fine, les deux bouts des anses anastomosées.

On résèque alors au-dessus de pinces hémostatiques étagées le triangle de mésentère attenant à l'anse malade. Dans cette résection on attire le duodénum que l'on reconnaît et que l'on évite de blesser. On termine en liant chacune de ces pinces au catgut Repin.

On place une mèche iodoformée à la place de la tumeur et l'on referme le ventre en trois plans.

Examen de la pièce. — Longueur totale du côté du mésentère 13 centimètres ; du côté opposé 18 centimètres. La pièce est entourée d'appendices graisseux ; elle renferme dans son mésentère de nombreux ganglions surtout au niveau de l'angle iléo-cœcal.

L'appendice est méconnaissable, épaissi, induré jusqu'à son extrémité. Son péritoine est altéré, couvert de fausses membranes.

Il existe un point très rétréci où l'on ne peut pas passer le petit doigt. Des ciseaux ordinaires passent à peine.

Il y a du côté de l'intestin grêle un grand épaississement de la paroi par hypertrophie des couches fibro-muqueuses : sur certains points cet épaississement mesure 5 ou 6 centimètres ; au niveau du point rétréci il n'a que 3 centimètres. Au niveau de ce point sténosé, la surface de l'intestin est verruqueuse, présentant de petites élevures ressemblant à des grains de riz cuits. Sur le gros intestin dont 9 centimètres ont été réséqués on trouve une série de petites ulcérations taillées à l'emporte-pièce ressemblant à une série de chancres mous, qui se dispose suivant une bande transversale par rapport à l'axe de l'intestin. Il y avait donc là pour l'avenir probablement le point de départ d'une sténose nouvelle.

Examen histologique (M. Mérieux). — « Sur le fragment de tumeur, on voit que les tuniques sont épaissies ; il y a de la sclérose du muscle ; en certains points il existe une inflammation interstitielle plus jeune avec infiltration de cellules rondes.

« Je n'ai rien vu dans le ganglion qui puisse mettre sur la voie d'un diagnostic. A noter seulement de l'inflammation subaiguë du tissu. »

Suites opératoires assez simples jusqu'au dixième jour où l'on enlève la mèche ; on aurait dû l'enlever plus tôt ; elle était adhérente, le décollement en a été difficile. On remarque qu'elle est imbibée d'un suintement douteux à odeur stercorale.

Le lendemain on constate l'existence d'une fistule intestinale : un tout petit fragment de paroi d'intestin sphacélé sort par la plaie. Les matières sortent en partie par la fistule. Il est probable que l'on a réséqué un peu trop de mésentère. Néanmoins la malade va à la selle par la voie normale. On panse sa plaie à la pommade au xéroforme. Pas de température. Pas de phénomènes péritonéaux.

7 décembre 1902. — Selles normales : la fistule donne beaucoup moins ; il n'y a plus qu'un léger suintement liquide.

Bon appétit, bon état général.

15 décembre 1902. — Selles quotidiennes par l'anus ; encore un suintement par la fistule qui est presque fermée. Toujours bon état général. On facilite les selles par des suppositoires glycérinés.

CONCLUSIONS

1° L'intestin, et en particulier le cœcum, est un des organes qui se prête le mieux à l'ablation large des tumeurs développées sur lui, quelle qu'en soit la nature.

2° Le diagnostic de la nature d'une tumeur iléo-cœcale est chose souvent difficile, quelquefois impossible.

3° Dans le doute, il faut agir comme s'il s'agit de cancer, c'est-à-dire faire une entérectomie qui dépasse largement le mal et permette d'enlever les ganglions de première ligne.

4° Toutes les tumeurs cœcales d'autre nature que le néoplasme : tuberculose, hypertrophie simple, syphilis, actinomycose, etc., sont d'ailleurs justiciables de l'entérectomie.

5° Les seules contradications sont : l'étendue ou l'état avancé des lésions et le trop mauvais état général du malade.

6° Dans ces deux cas on s'en tiendra à une intervention palliative : anus artificiel s'il y a des phénomènes aigus d'occlusion ; s'il y a seulement de l'obstruction chronique, entéro-anostomose ou exclusion unilatérale pour remédier aux troubles fonctionnels.

7° Dans une deuxième séance, si l'état général du malade s'améliore suffisamment pour le permettre, on fera l'opération radicale.

8° Nous croyons qu'il est bon de commencer l'opération par l'établissement d'une anastomose latérale à distance de la tumeur et de n'enlever celle-ci qu'une fois cette anastomose faite.

9° L'entérectomie dépassera largement les limites du mal et permettra ainsi l'ablation d'un important lambeau de mésentère avec les ganglions qu'il contient.

10° Le résultat opératoire immédiat a été excellent dans presque toutes nos observations, le malade reprenant de l'appétit, de l'embonpoint et des forces.

11° A échéance plus éloignée, de un an, deux ans, etc., on peut voir survenir, s'il s'agit de tuberculose, des manifestations pulmonaires graves qui assombrissent le pronostic ; s'il s'agit de cancer, de la récidive.

Mais aussi des malades jouissent d'un résultat durable de plusieurs années.

12° Dans le cas de récidive, le malade meurt de cachexie cancéreuse ; les troubles intestinaux lui sont le plus souvent épargnés, grâce à l'anastomose à distance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABOULKER (H.). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs non cancéreuses de l'anse iléo-cœcale. Thèse de Paris, 1899.

BILLROTH. — Extirpation du cœcum pour tuberculose. Guérison. *Wiener klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 625.

BILLON. — La tuberculose appendiculo-cœcale traitée par la laparotomie iliaque. Thèse de Lyon, 1898.

BROCA et HARTMANN. — Résection de l'iléon, du cœcum et du côlon (tuberculose chronique). *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1892.

BENOIST. — Tuberculose locale chronique iléo-cœcale. Thèse de Paris, 1893 et *Gazette des Hôpitaux*, 1898.

BOIFFIN (de Nantes). — *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

BOUILLY. — Congrès de chirurgie de Paris, 1889.

BOUILLY. — Congrès de chirurgie de Paris, 1899.

BESANÇON et LAPOINTE. — Tuberculose intestinale à forme hypertrophique, *Presse médicale*, 1898.

BAILLET. — De la résection de l'anse iléo-cœcale. Thèse de Paris, 1894.

BOVIS (de). — Cancer du gros intestin. *Revue de chirurgie*, 1900.

CAREL. — Résection de l'anse iléo-cœcale. Thèse de Paris, 1897.

COQUET. — De la variété chirurgicale des tumeurs cœcales tuberculeuses. Thèse de Paris, 1894.

CORNIL et MARIE. — Tuberculose du cœcum simulant le cancer. Congrès pour l'étude de la tuberculose, Paris, 1894.

COURTILLIER. — Tuberculose du cœcum. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1896.

CHAPUT. — Fistule stercorale et rétrécissement du cœcum. Résection. *Bulletin de la Société chirurgicale de Paris*, 1901.

DELAUNAY. — Résultats éloignés de la résection du cœcum. Congrès chirugical de Paris, 1899.

DIEULAFOY. — Tuberculose cœcale hyperthrophique. *Semaine médicale*, octobre 1902.

DOYEN. — Congrès de chirurgie, Paris, 1899.

ESTOR. — Tuberculose du cœcum simulant le cancer. *Montpellier médical supplément*, 1892.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

GOULLIOUD (de Lyon). — Cancer du cœcum et de l'*S* iliaque. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon* et *Province médicale*, 1901.

— Treizième congrès français de chirurgie, Paris, 1901.

— *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1902.

GOULLIOUD. — Entérectomies pour tumeurs cœcales. *Bulletin de la de la Société de chirurgie de Lyon* et *Province médicale*,

HARTMANN. — Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant le cancer. G. Steinhel, 1891, Paris.

HARTMANN. — Tuberculose cœcale. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1892

HUDSON. — Ulcérations tuberculeuses du cœcum et de l'iléon associées à la présence des noyaux de fruits. *Trans. path. Londres*, 1888.

ITIÉ. — Tuberculose intestinale hypertrophique. Thèse de Montpellier, 1898.

JABOULAY. — *Lyon médical*, 1900. *Lyon médical*, 1902.

JABOULAY et BRIAU. — *Lyon médical*, 1899.

JUNGHERZ (W). — Extirpation du cœcum pour tuberculose. Apposition latérale. Guérison. Thèse de doctorat, Wurtzburg. 1896.

KOERTE. — *Deutsch Ztschr. f. Chir.*, 1895, n°s 5 et 6.

KRECKE. — Adenocarcinom des Cœcum. Invagination Resection Heilung (*Munchen med. Wchnschr*, 1900).

KŒNIG. — Tuberculose de la région iléo-cœcale. *Deutsche Ztschr. chir.*, Leipzig, 1892.

LARDENNOIS. — Thèse de Paris, 1899.

LE BAYON. — De la typhilte tuberculeuse chronique. Thèse de Paris, 1892.

LIÉDARD. — Excision of the cœcum for tuberculous disease, *Lancet*, Londres, 1898, II, 408.

LEUDET. — Tuberculose du cœcum. Etudes de pathologie et de clinique médicale, Paris, 1891.

MATLAKOWSKY (W). — Excision of cœcum in cancerous and keloïd stenosis (*Przegl.-lek.*, *Krakow*, 1892).

MONKS (G.-H). — Excision of the cœcum for cancer (*Boston m. a. S. J.*, 1899.

MORISSON (J.-T.-J.). — Excision of the cœcum for ileo-cœcal cancer *Birmingh. m. Rev.*, 1900.

MOTEL. — Tuberculose intestinale hypertroph. Thèse de Paris, 1900.

MONNIER. — Tuberculose intestinale hypertroph., *Arch. prov. de méd.*, 1899.

MAITLAND (J.). — A case of the tuberculous disease of the cœcum, *Brit. M. j.*, Londres, 1901.

MICHAUX (P.). — Résection d'un cœcum tuberculeux avec fistule stercorale. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1900.

MACHARD. — Extirpation du cœcum. Thèse de Genève, 1899.

MARIE. — Tuberculose du cœcum. *Mercredi médical*. Paris, 1894.

MARIAGE. — De l'intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cœcales. Thèse de Paris, 1891.

MARTIN (E.). — Ein Wegen Tuberculose resecirtes Cœcum. *Jahresb. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. cult.*, 1892, Breslau, 1893.

MAGYLL (P.). — Résection de l'anse iléo-cœcale pour tuberculose (statistique). *Ann. of Surg. Philad.*, 1894.

MONTPROFIT (d'Angers). — Congrès chirurgical, Paris, 1901.

MARCHANT et DEMOULIN. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, septembre-octobre 1899, p. 849.

NOVÉ-JOSSERAND. — Tuberculose localisée du cœcum traitée par la simple laparotomie, *Lyon médical*, 1896.

OBALINSKY. — Extirpation du cœcum. Guérison. *Arch. f. klin. Chir. Berl.*, 1891

OBRAZTSAFF (V.-P.). — On the diagnosis of cancer and tuberculosis of cœcum from tubercular perityphlitis and tuberculosis of the ileum. *Vrach*, Saint-Pétersbourg, 1898.

OBALINSKY. — Typhlite tuberculeuse. In *Arch. f. Klin. Chir.* Berlin, 1894.

POLAILLON. — *Bulletin Société chirurgicale*, Paris, 1894, 6 juin.

PILLIET et THIERRY. — Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cœcum. *Progrès médical*, Paris, 1894.

PAGE (H.-W). — Tuberculous ulceration of cœcum giving rise to symptoms of disease of the appendix. *Lancet*, Londres, 1897.

PANTALONI. — Tuberculose du cœcum. Statistique d'opérations, Paris, 1897.

POLLOSSON (A.). — Pseudo-appendicite. Discussion. *Bull. Soc. chirurgicale*, Lyon, 1900.

PÉAN. — Résection partielle du cœcum pour tuberculose. In thèse Benoît, Paris, 1898.

PILLIET et HARTMANN. — Variété de typhlite tuberculeuse simulant le cancer. *Soc. anat.*, 1891.

PATEL. — Des tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle et de leur traitement. Thèse de Lyon, 1902.

PONCET et BÉRARD. — De l'actinomycose humaine. *Lyon médical*, août 1897.

PATEL. — *Revue de chirurgie*, mars 1902.

PEYROT. — De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

QUÉNU et JUDET. — *Revue de chirurgie*, juin 1902.

RUGGI. — *Il Policlinico*, 1896.

REICHEL. — *Centralblatt f. Chir.*, 1894.

RUTHERLEAD MORISSON. — Soixantième congrès chirurgical britannique.

RAFIN. — *Lyon médical*, 1897.

RAFINESQUE. — Des invaginations intestinales chroniques. Thèse de Paris, 1878.

ROSENTHAL. — *Wiener medic. Presse*, 1892.

ROUX (de Lausanne). — Congrès de chirurgie, Paris, 1902.

ROUX (de Lausanne). — Tuberculose du cœcum. *Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, 1891.

RECLUS. — Typhlite et appendicite tuberculeuses. *Clinique chirurgicale de la Pitié*, Paris, 1894.

SACHS (W). — Contribution à l'étude de l'extirpation du cœcum pour tuberculose (traduit de l'allemand). *Arch. générale de médecine*, Paris, 1892.

SALZER (F.). — Beitrage zur Path. und chirurg. Therapie chronischen Cœcumerkrankungen. *Arch. f. Klin. chir.* Berlin, 1892

SCHWARTZ. — Congrès international, 1900.

SUCHIER. — *Beitrage zur operat. Behandlung cœcum tumorens. Berliner Klinische Wochenschrift.* 1889.

TUFFIER, TERRIER et GOSSET. — *Revue de chirurgie*, 1902.

THOLLON. — Du sarcome actinomycosique. Thèse de Lyon, 1897.

TUFFIER. — Anast. iléo-sigmoïde. *Bulletin de la Société chirurgicale de Paris*, 1900.

TUFFIER. — Résection du cœcum pour tuberculose. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, Juillet. 1897.

TRENDELENBURG. — Tuberculose du cœcum. *Deutsch Ztshcr. f. Chir.*, Leipsig, 1894.

VINCENT. — Pseudo-appendicite. Discussion. *Bulletin de la Société chirurgicale de Lyon*, 1900.

VINAZ (M.). — Tuberculosis del ciego. *Rev. soc. méd. argent.*, Buenos-Ayres, 1900.

VILLENEUVE. — Typhlite tuberc. avec fistule. *Marseille médical*, 1897.

VELIAMINOW. — Appendicite suppurée. Extirp. du cœcum. Congrès des médecins russes. Saint-Pétersbourg, 1894.

VAUTRIN. — Tuberculose du cœcum. Congrès chirurgical de Paris, 1897.

VAUTRIN. — Congrès de chirurgie, Paris, 1899.

WITHERSPOON (T.-C.). —Cancer of the cœcum in a young adult. *Saint-Louis m. Revue.*, 1901.

WOLFER. — Vingt-cinquième congrès de la Soc. allemande de chir., 1896.

WYETH. — Tuberculose du cœcum. *N. York méd. J.*, 1888.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

Lyon. — Imp. A. STORCK & Cie, 8, rue de la Méditerranée.